

専門医の在り方に関する検討会 中間まとめ

※今回の議論に特に関係する部分については、**太字**としている。

平成24年8月31日

目 次

はじめに	1
1. 検討にあたっての視点.....	1
2. 求められる専門医像について.....	2
3. 専門医の質の一層の向上について.....	2
(1) 基本的な考え方.....	2
(2) 専門医の位置づけについて.....	2
(3) 専門医の認定機関について.....	3
(4) 専門医の領域について.....	4
(5) 専門医の養成・認定・更新について.....	4
4. 「 <u>総合医</u> 」「 <u>総合診療医</u> 」について.....	5
(1) 「 <u>総合医</u> 」「 <u>総合診療医</u> 」の在り方について.....	5
(2) 「 <u>総合医</u> 」「 <u>総合診療医</u> 」の養成について.....	6
5. 地域医療の安定的確保について.....	7
(1) 専門医の養成数について.....	7
(2) 医療提供体制における専門医.....	7
6. その他.....	8
(1) 医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係について.....	8
(2) 国の関与の在り方について.....	8
(3) サブスペシャルティ領域について.....	8
構成員名簿	9

はじめに

- わが国においてはこれまで、医師の専門性に係る評価・認定については、各領域ごとの学会が自律的に独自の方針で専門医制度*を設け、運用してきた。
- ※ 現在の専門医制度は、学会が専門医認定を受けるために必要な基準を作成し、医師免許取得後の一定の経験等を評価し、主に試験による能力確認を行って専門医を認定している。
- しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、専門医として有すべき能力について医師と患者との間に捉え方のギャップがあるなど、現在の専門医制度は患者にとって分かりやすい仕組みになっていないと考えられる。
- また、医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療をめぐる重要な課題であり、専門医の在り方を検討する際にも、偏在の視点への配慮が欠かせない。
- 今後、患者から信頼される医療を確立していくためには、専門医の質の一層の向上や医師の診療における適切な連携を進めるべきであり、現在の専門医制度を見直す必要がある。
- このため、改めて患者の視点に立った上で、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として、厚生労働省として本検討会を開催し、本検討会において専門医の在り方に関して幅広く検討を行うこととなった。
- この度、これまでの本検討会における議論を踏まえ、現時点での意見や今後引き続き議論すべき項目を以下のとおり中間的に取りまとめた。
- 本検討会では今後、本年度末を目途とする最終報告書の取りまとめに向け、引き続き議論を深めてまいりたい。

1. 検討にあたっての視点

- 専門医の在り方を議論するにあたっては、専門医を「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」として考えるべきである。
- 新たな専門医の仕組みについて議論するにあたっては、これから臨床研修を修了し、専門医の資格を取得しようとする若い医師をどのように育てるかという視点で考えるべきであり、既に臨床研修を修了し、専門医の資格を取得している医師等との関係については、別途整理することとする。
- 新たな専門医の仕組みについては、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築すべきである。そのような仕組みを通じて専門医を含めた医師の偏在が是正される効果が期待される。

2. 求められる専門医像について

- 専門医とは「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するのではなく、例えば、「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義することが適当である。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 「専門医」と「標榜医」、「認定医」との関係の整理について。

3. 専門医の質の一層の向上について

(1) 基本的な考え方

- 専門医制度を持つ学会が乱立して、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念を生じる専門医制度も出現するようになった結果、現在の学会主導の専門医制度は患者の受診行動に必ずしも有用な制度になっていないため、質が担保された専門医を中立的な立場で認定する新たな仕組みが必要である。
- 新たな専門医の仕組みは、医療を受ける側の視点も重視して構築すべきであり、統一性のある臨床能力本位の認定制度により専門医の質を担保する仕組みとし、社会的な評価を得られるようにする必要がある。

(2) 専門医の位置づけについて

- 新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として、設計されるべきである。
- 新たな専門医の仕組みの設計にあたり、専門医のキャリアや認定基準、更新基準など専門医に関する情報を国民に分かりやすく示すなどの仕組みが必要である。
- 専門医に関する情報は、医師が必要に応じて他の領域の専門医や高次医療機関の専門医を円滑に患者に紹介できるようなネットワークで活用できるようにすべきである。
- 広告が可能な医師の専門性に関する資格名等^{*}については、新たな専門医の仕組みの構築に併せて見直すことが必要である。

※ 現在、研修体制、試験制度等に関する一定の基準(厚生労働省告示に規定)を満たす団体が認定する専門医について、広告することが可能となっている。

- わが国における専門医の領域は概ね診療科に応じて設定されているため、新たな仕組みの下での専門医について、標榜科^{*}と関連させることも将来的には考えるべきである。

※ 現在、診療科名については、政省令に定められたものについて、原則として自由に標榜することが可能となっている。

- 新たな専門医の仕組みにおいて、養成プログラムを充実させることにより、①医師の診療レベルが向上すること、②医師が習得した知識・技能・態度について認定を受けて開示できること、その結果、③患者が医療機関を受診するにあたって医師の専門性を確認できること、などの意義がある。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 新たな専門医の仕組みにおける医療制度上の位置づけについて。
- 専門医に関する情報の開示の在り方について。
- プロフェッショナルオートノミーを基盤とした上で、新たな専門医の仕組みを、国がバックアップしていく必要性について。

(3) 専門医の認定機関について

- 専門医の認定は、学会から独立した中立的な第三者機関が学会との密接な連携の下で行うべきであり、そのような第三者機関を日本専門医制評価・認定機構の提案や本検討会の議論を踏まえて速やかに設立すべきである。
- 中立的な第三者機関は、医療の質の保証を目的として、プロフェッショナルオートノミーに基づき医師養成の仕組みをコントロールすることを使命とし、医療を受ける国民の視点に立って専門医制度を運用すべきである。
- 中立的な第三者機関は、以下のとおり運営すべきである。
 - ① 専門医の認定と養成プログラムの評価・認定の2つの機能を担うとともに、その際の専門医の認定基準や養成プログラムの基準の作成も第三者機関で統一的に行うこと。
 - ② 専門医の認定部門と養成プログラムの評価・認定部門の下に、各領域の専門委員会を設け、それぞれの領域の学会等の協力を得て運営すること。
 - ③ 専門医の認定や基準の作成はプロフェッショナルオートノミーを基盤として行うとともに、情報公開や実施体制等の制度全般について国民の視点やニーズを反映するため、国民も参画できるような仕組みとすること。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 第三者機関の設立にあたっては、組織の透明性と専門医の養成プロセスの標準化を図り、説明責任を果たせるような体制とし、運営資金に公的な性格を持たせることについて。
- 第三者機関の運営と医師不足や地域偏在・診療科偏在の是正への効果について。

(4) 専門医の領域について

- 基本的な 18 の診療領域を専門医制度の基本領域として、この基本領域の専門医^{*}を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医^{*}を取得するような二段階制の仕組みを基本とすべきである。

※基本領域の専門医（現在、日本専門医制評価・認定機構が認定している 18 領域）

- | | | |
|-----------|------------|----------------|
| • 総合内科専門医 | • 小児科専門医 | • 皮膚科専門医 |
| • 精神科専門医 | • 外科専門医 | • 整形外科専門医 |
| • 産婦人科専門医 | • 眼科専門医 | • 耳鼻咽喉科専門医 |
| • 泌尿器科専門医 | • 脳神経外科専門医 | • 放射線科専門医 |
| • 麻酔科専門医 | • 病理専門医 | • 臨床検査専門医 |
| • 救急科専門医 | • 形成外科専門医 | • リハビリテーション専門医 |

*サブスペシャリティ領域の専門医の例（現在、日本専門医制評価・認定機構が認定しているもの）

- 循環器専門医 • 血液専門医 • 腎臓専門医 • 消化器外科専門医 等
- 専門医の領域については、患者が医師の専門性をどこまで理解できるのかを踏まえ、患者から見て分かりやすいものとする必要がある。
- 専門医の認定については、個別学会単位で認定する仕組みではなく、診療領域単位の認定にすべきである。
- 基本領域の専門医の一つとして、総合的な診療能力を有する医師（以下「総合医」「総合診療医」という。）を加えるべきである。

(5) 専門医の養成・認定・更新について

- 専門医の養成プログラムは、どのような専門医を養成するのかという目標を明確にした上で、そのために必要な指導医数や経験症例数等を踏まえて作成することが重要である。
- 基本領域の専門医については、各領域の専門性に加えて、卒後 2 年間の臨床研修で求められている到達目標である「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力」（以下「基本診療能力」という。）を維持した専門医を養成するという視点が必要である。
- 専門医資格の更新要件については、現在、一部の学会認定の専門医制度において手術経験数や症例数、e ラーニングを含めた学習などを要件としていることを踏まえ、専門医としての活動実績を要件とすべきである。
- 専門医の認定・更新にあたっては、医の倫理や医療安全、地域医療、医療制度等についても問題意識を持つような医師を育てる視点が重要である。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 領域別専門医に「基本診療能力」を維持させるためには、養成プログラムの中にその領域の専門性に関する項目だけではなく、「基本診療能力」に関する内容も一定程度盛り込むことについて。
- 18の基本領域の専門医及び「総合医」「総合診療医」について、1人の医師が複数の認定を受けることについて。
- 既存の専門医と新たな仕組みの下で認定される専門医との関係(新たな専門医への移行措置等)を、現実的かつ分かりやすい形で整理する方法について。
- 多様な医師を養成するニーズに応えられるよう、専門医の養成プログラムの中に、例えば、研究志向の医師を養成する内容を盛り込むなど、バリエーションを持たせることについて。
- 専門医の資格取得後も生涯にわたって標準的な医療を提供するという視点からの資格の更新の在り方について。
- 医の倫理や医療安全、地域医療、医療制度等についても問題意識を持つような医師を養成する上で、例えば日本医師会生涯教育制度を活用することについて。

4. 「総合医」「総合診療医」について

(1) 「総合医」「総合診療医」の在り方について

- 「総合医」「総合診療医」の必要性については、①特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師が必要なこと、②複数の問題を抱える患者にとっては、複数の臓器別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が、適切な場合もあること、③地域では、慢性疾患や心理社会的な問題に継続的なケアを必要としている患者が多いこと、④高齢化に伴い、臓器や領域を超えた多様な問題を抱える患者が今後も増えること、などの視点が挙げられる。
- 「総合医」「総合診療医」は、従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。
- 「総合医」「総合診療医」は、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において、包括ケアのリーダーシップをとるような役割も期待されており、「地域を診る医師」といったコンセプトも重要である。
- 地域の病院では領域別専門医であっても総合的な診療が求められており、「総合医」「総合診療医」と「基本診療能力」のある領域別専門医をバランス良く養成することが重要である。

- 「総合医」「総合診療医」の定義を、例えば、「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供できる医師」と定義することが適当である。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 総合的な診療能力を有する医師の名称については、「総合医」、「総合診療医」、「一般医」、「プライマリ・ケア医」、「家庭医」などの定義を明確にした上で、国民にとって分かりやすい名称、例えば「総合医」に統一して整理することについて。
- 総合的な診療能力を有する医師の定義に鑑み、その名称は「総合診療医」とし、地域医療の大半を支えている現在の開業医師（かかりつけ医）の名称を「総合医」とすることについて。

(2) 「総合医」「総合診療医」の養成について

- 多くの若い医師が臓器別・領域別の専門医志向を持っている中で、「総合医」「総合診療医」を目指す若い医師を増やすためには、養成プログラムの一層の充実が必要である。
- 「総合医」「総合診療医」を養成するためには、臨床実習などの卒前教育においても、それぞれの診療科を単にローテイトするだけではなく、総合的な診療能力を養成するようにプログラムを構築し、地域の診療所や病院、介護福祉施設等の協力を得て実習を実施するとともに、頻度の高い疾病や全人的な医療の提供、患者の様々な訴えに向き合う姿勢などを学ぶことが必要である。
- 「総合医」「総合診療医」の養成には幅広い臨床能力を有する指導者の養成も必要であり、地域で中核となって教育ができる医師を育てることも重要である。
- 今後、「総合医」「総合診療医」を新たに養成していくためのプログラムについては、臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、領域別専門医の資格を既に取得している医師のためのコースも設ける必要がある。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 患者を幅広い視点で総合的に診ることができる能力は、それ自体に重要な専門性があることを踏まえ、関連する学会で養成に必要なプログラムを一本化して養成していくことについて。
- 「総合医」「総合診療医」の養成プログラムの充実について。
- 「総合医」「総合診療医」を養成するためには、臨床研修に加えて一定の養成期間が必要とする見方がある一方で、卒前教育と臨床研修等を充実させることにより「総合医」「総合診療医」の養成は可能であるとする見方もあることについて。

5. 地域医療の安定的確保について

(1) 専門医の養成数について

- 新たな専門医の仕組みの議論においては、専門医の質に加えて、専門医の数も重要な問題である。
- 専門医の養成数については、患者数や疾病頻度を踏まえ、各養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定されるべきである。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 新たな専門医の仕組みにおいて、診療科や地域における医師の適正数を誘導する方法を設けることについて。
- 専門医の養成数の設定にあたり、国や都道府県内のバランスに配慮することについて。
- 新たに専門医を目指す医師が、専門とする領域や養成プログラムを選ぶ方法（病院（群）による募集・選考や医師からの応募の方法）について。

(2) 医療提供体制における専門医

- 医療提供体制全体の中で、医師の専門性の分布や地域分布について、グランドデザインを作ることが重要である。
- 国民のニーズに応え、かつ効率的な医療を提供するためには、現在のフリーアクセスを前提としつつ、「総合医」「総合診療医」や「領域別専門医」がそれぞれどこにいるのかを明らかにして、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築することが重要である。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 新たな専門医の仕組みにおいて、専門医の養成プログラムの地域への配置の在り方など、地域医療が改善するような制度設計を行うことについて。
- 新たな専門医の仕組みの設計において、地域医療支援の観点から、例えば、養成プログラムの中に、へき地や医師不足地域における研修を取り入れるなど、地域偏在・診療科偏在の是正の効果に視点を置くことについて。
- 大学病院等の基幹病院が地域の協力病院と連携して専門医の養成プログラムを作成し、その中で「地域医療の実践」も必須項目とすることで、総合的な診療能力が習得できるとともに、地域医療の確保にもつながることについて。

6. その他

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

(1) 医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係について

- 新たな専門医の仕組みは、原則として2年間の臨床研修修了後に専門医の養成プログラムが実施されることを前提として構築することについて。
- 専門医の養成プログラムにおいて、各領域に求められる内容を踏まえて2年間の臨床研修での経験をどのように加味すべきかについて。
- 新たな専門医の仕組みが構築された際に、卒前教育や国家試験、臨床研修など卒前から一貫した医師養成を行う観点から、検討すべき課題について。

(2) 国の関与の在り方について

- 専門医を認定する新たな仕組みの構築にあたり、専門医の質の確保、地域偏在・診療科偏在の是正、第三者機関の運営に対する国の支援を含め、国による関与の在り方について。

(3) サブスペシャルティ領域について

- 基本領域よりも専門性の高いサブスペシャルティ領域の在り方について。

専門医の在り方に関する検討会 構成員

(合計 17名)

- 池田 康夫 (日本専門医制評価・認定機構理事長)
- 金澤 一郎 (国際医療福祉大学大学院長)
- 桐野 高明 (独立行政法人国立病院機構理事長)
- 小森 貴 (小森耳鼻咽喉科医院長)
- 今 明秀 (八戸市立市民病院副院長)
- ◎高久 史磨 (日本医学会長)
- 高杉 敬久 (博愛クリニック院長)
- 高山 佳洋 (大阪府健康医療部長)
- 富田 保志 (国立病院機構名古屋医療センター教育研修部長)
- 平林 勝政 (國學院大學法科大学院特任教授)
- 福井 次矢 (聖路加国際病院長)
- 藤本 晴枝 (NPO法人地域医療を育てる会理事長)
- 松尾 清一 (名古屋大学医学部附属病院長)
- 桃井 真里子 (自治医科大学小児科学教授)
- 森山 寛 (東京慈恵会医科大学附属病院長)
- 門田 守人 (がん研究会有明病院長)
- 山口 徹 (虎の門病院長)

◎印は座長

○印は座長代理

(五十音順)

参考資料

専門医の在り方に関する検討会 中間まとめ

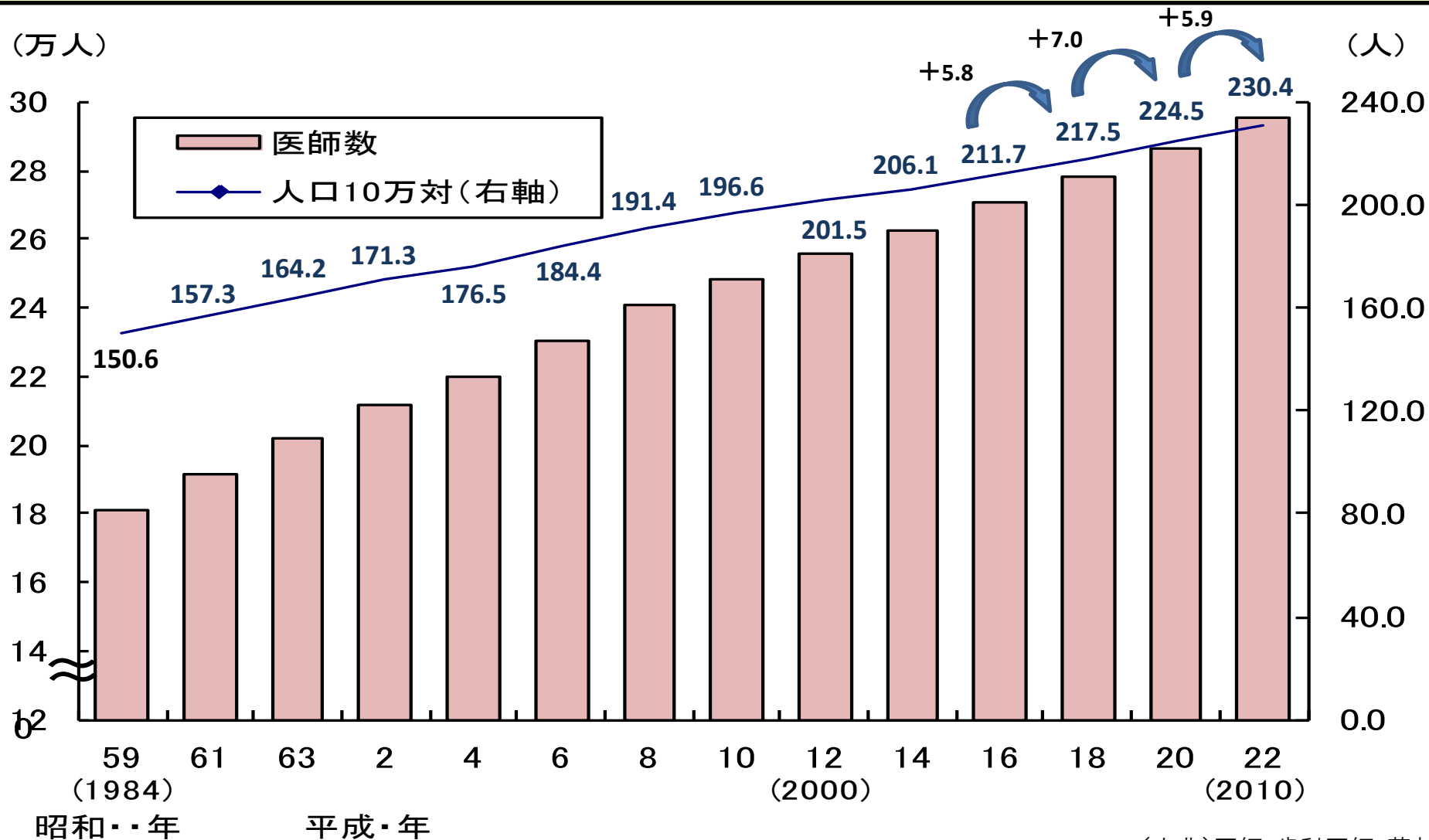
- ※ 本参考資料は、中間まとめの理解に役立つよう、検討会におけるこれまでの議論で各委員や参考人から提出された資料の一部をまとめたものであり、必ずしも検討会として合意されたものではない。
- ※ 個別の資料の詳細については、検討会資料、議事録を参照されたい。

目次

1. 検討にあたっての視点	2
2. 求められる専門医像について	10
3. 専門医の質の一層の向上について	13
4. 「総合医・総合診療医」について	19
5. 地域医療の安定的確保について	35
6. その他	39

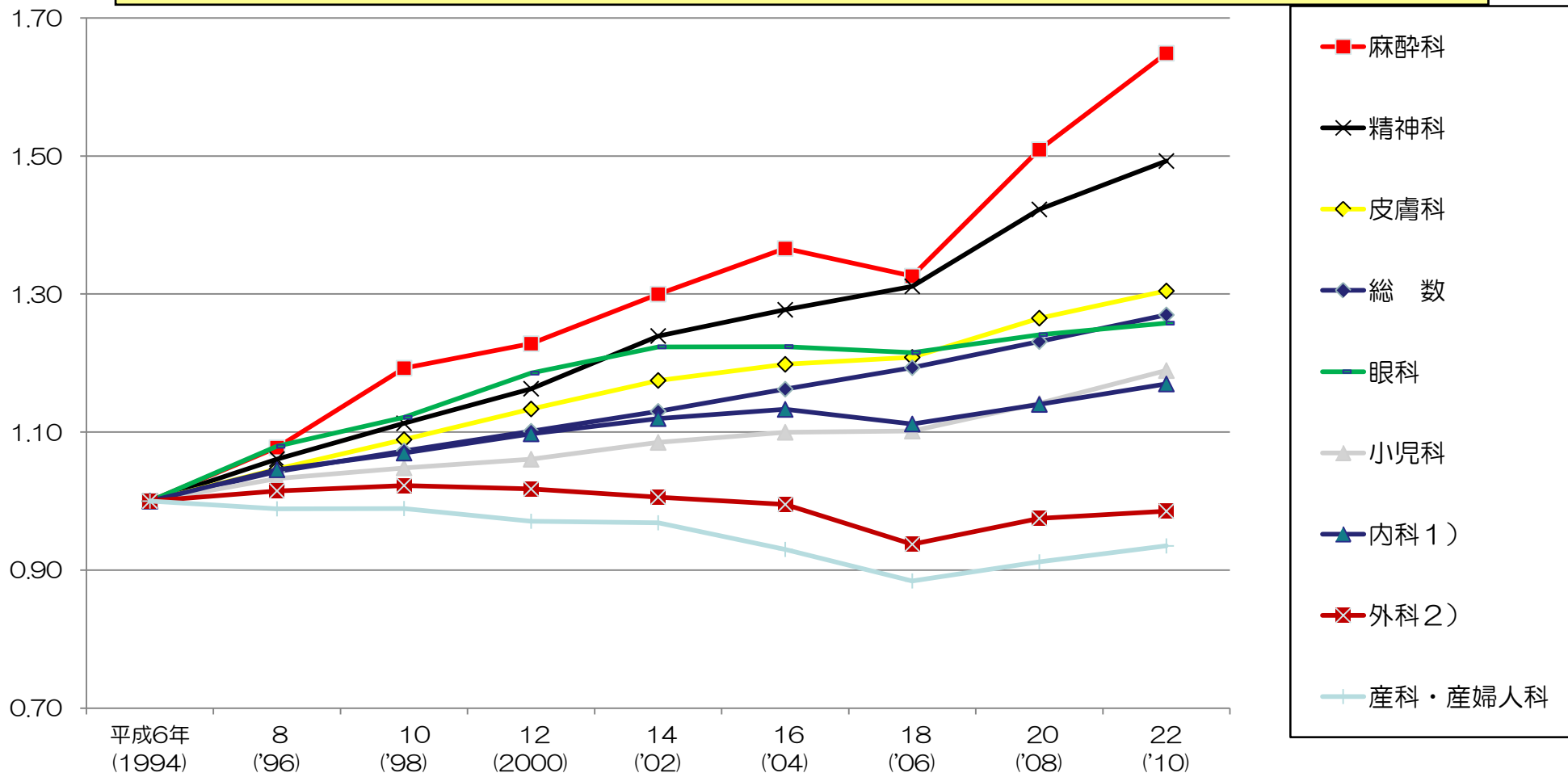
人口10万対医師数の年次推移

- 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。
 (医師数) 平成10年 24.9万人 → 平成22年 29.5万人 (注) 従事医師数は、28.0万人



診療科別医師数の推移(平成6年を1.0とした場合)

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている



※内科1) ・ ・ (平成8~18年) は内科、呼吸器科、循環器科、消化器科(胃腸科)、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 (平成20, 22年) 内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※外科2) ・ ・ (平成6~18年) 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 (平成20, 22年) 外科、呼吸器・心臓血管・乳腺・気管食道・消化器・肛門・小児外科

調査結果のポイント

- 必要求人医師数は18,288人であり、現員医師数と必要求人医師数の合計数は、現員医師数の1.11倍であった。また、必要医師数(必要求人医師数と必要非求人医師数の合計医師数をいう)は24,033人であり、現員医師数と必要医師数の合計数は、現員医師数の1.14倍であった。(これらの倍率を「現員医師数に対する倍率」という)
- 現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、次のとおりであった。
 - ・必要求人医師数：島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍
 - ・必要医師数：岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍
- 現員医師数に対する倍率が高い診療科は、次のとおりであった。
 - ・必要求人医師数：リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍、
分娩取扱い医師(再掲)1.11倍
 - ・必要医師数：リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍、
分娩取扱い医師(再掲)1.15倍

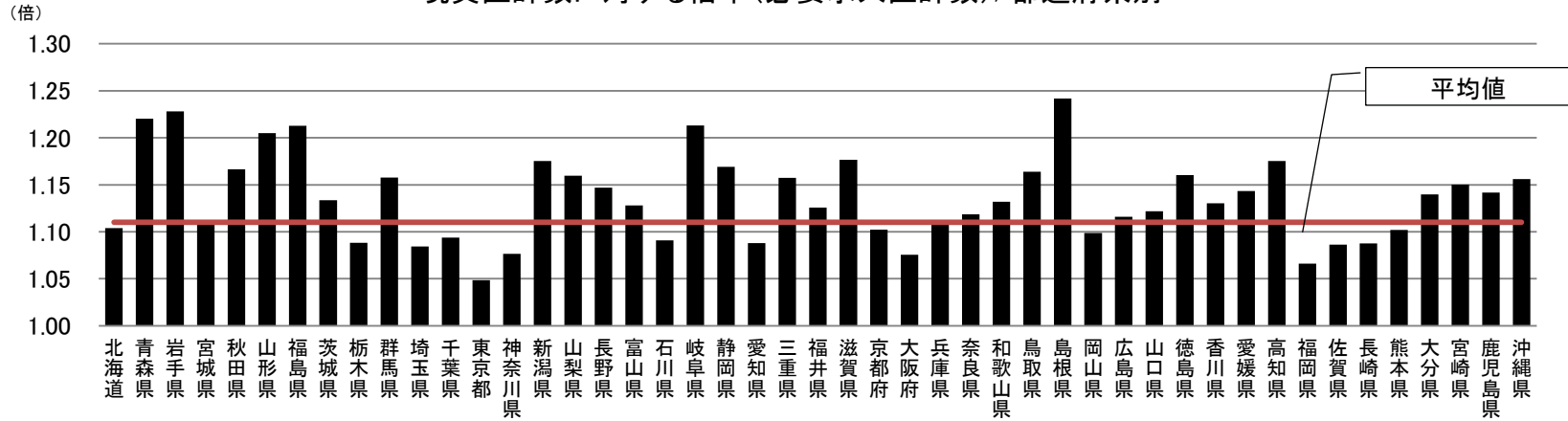
病院等における必要医師数実態調査について

- ＜調査の目的＞ 本調査は、全国統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数の調査を行うことで、地域別・診療科別の必要医師数の実態等を把握し、医師確保対策を一層効果的に推進していくための基礎資料を得ることを目的としたものであり、厚生労働省が実施した調査としては初めてのものである。
なお、本調査の結果は、医療機関から提出された人数をそのまま集計したものである。
- ＜調査の主体＞ 厚生労働省
- ＜調査の期日＞ 平成22年6月1日現在
- ＜調査の対象＞ 全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象(10,262施設)
- ＜回収の状況＞ 回収率は、病院88.5%、分娩取扱い診療所64.0%の合計で84.8%であった

〔必要求人医師数(都道府県別)〕

現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍であった。

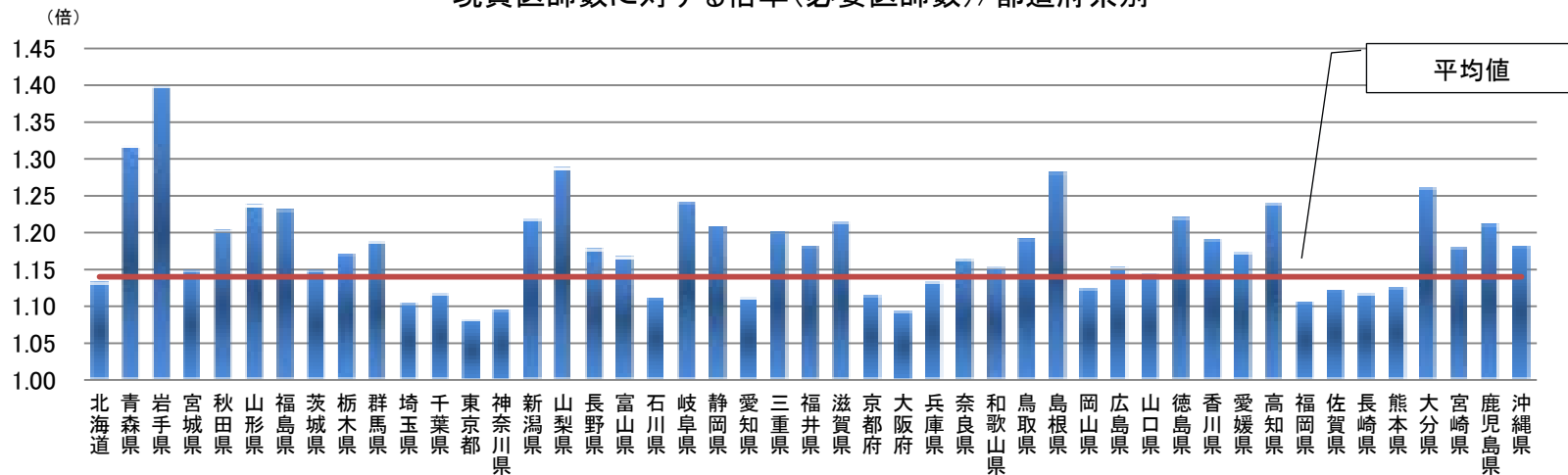
現員医師数に対する倍率(必要求人医師数)/都道府県別



〔必要医師数(都道府県別)〕

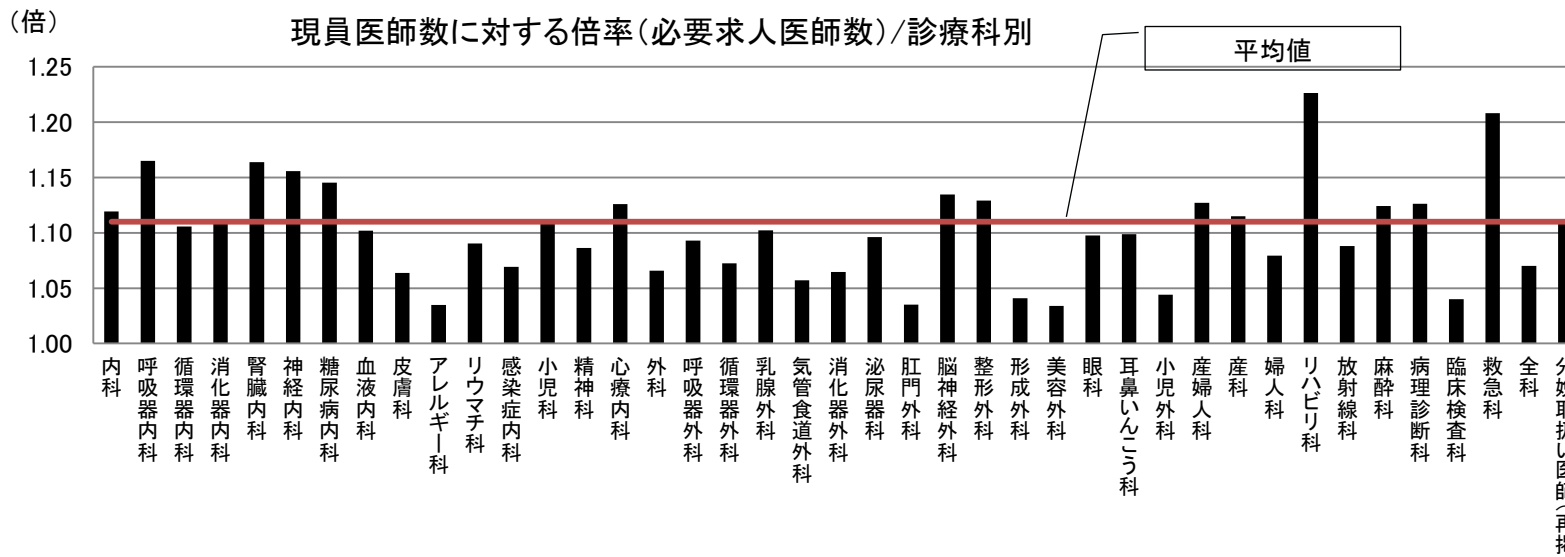
現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍であった。

現員医師数に対する倍率(必要医師数)/都道府県別



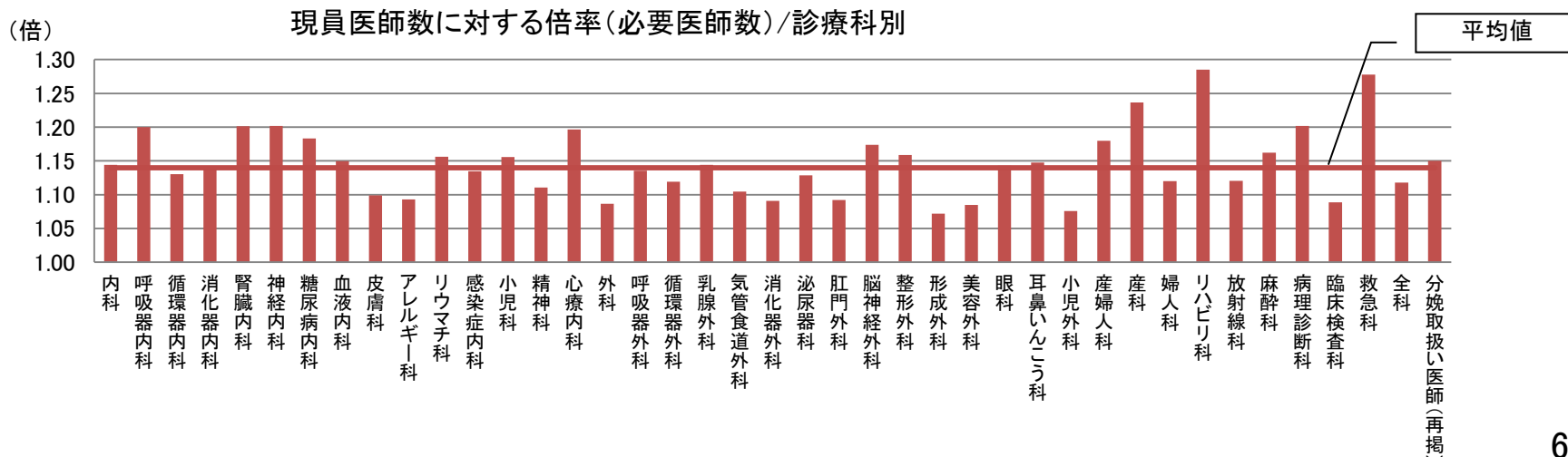
〔必要求人医師数(診療科別)〕

現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍であった。なお、分娩取扱い医師(再掲)は1.11倍であった。



〔必要医師数(診療科別)〕

現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍であった。なお、分娩取扱い医師(再掲)は1.15倍であった。



広告可能な専門医資格に関する規定について

医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資する観点から、次に掲げる研修体制、試験制度その他の事項に関する基準に適合するものとして厚生労働大臣に届け出た団体が認定する専門性資格を広告可能としている。

- 一 学術団体として法人格を有していること
- 二 会員数が1000人以上であり、かつ、その8割以上が当該認定に係る医療従事者であること
- 三 一定の活動実績を有し、かつ、その内容を公表していること
- 四 外部からの問い合わせに対応できる体制が整備されていること
- 五 当該認定に係る医療従事者の専門性に関する資格(以下「資格」という。)の取得条件を公表していること
- 六 資格の認定に際して、医師、歯科医師、薬剤師においては5年以上、看護師その他の医療従事者においては3年以上の研修の受講を条件としていること
- 七 資格の認定に際して適正な試験を実施していること
- 八 資格を定期的に更新する制度を設けていること
- 九 会員及び資格を認定した医療従事者の名簿が公表されていること

* 平成23年8月23日現在、広告可能な医師の専門医資格は、55資格

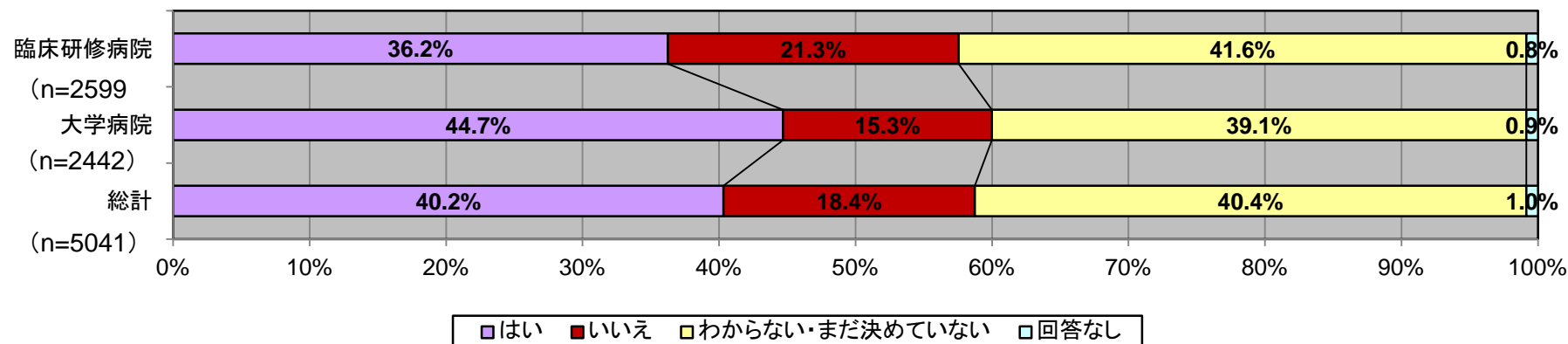
資格名の数55(団体の数57)(平成23年8月23日現在)

○日本整形外科学会 整形外科専門医
 ○日本皮膚科学会 皮膚科専門医
 ○日本麻酔科学会 麻酔科専門医
 ○日本医学放射線学会 放射線科専門医
 ○日本眼科学会 眼科専門医
 ○日本産科婦人科学会 産婦人科専門医
 ○日本耳鼻咽喉科学会 耳鼻咽喉科専門医
 ○日本泌尿器科学会 泌尿器科専門医
 ○日本形成外科学会 形成外科専門医
 ○日本病理学会 病理専門医
 ○日本内科学会 総合内科専門医
 ○日本外科学会 外科専門医
 ○日本糖尿病学会 糖尿病専門医
 ○日本肝臓学会 肝臓専門医
 ○日本感染症学会 感染症専門医
 ○日本救急医学会 救急科専門医
 ○日本血液学会 血液専門医
 ○日本循環器学会 循環器専門医
 ○日本呼吸器学会 呼吸器専門医
 ○日本消化器病学会 消化器病専門医
 ○日本腎臓学会 腎臓専門医
 ○日本小児科学会 小児科専門医
 ○日本内分泌学会 内分泌代謝科専門医
 ○日本消化器外科学会 消化器外科専門医
 ○日本超音波医学会 超音波専門医
 ○日本臨床細胞学会 細胞診専門医
 ○日本透析医学会 透析専門医
 ○日本脳神経外科学会 脳神経外科専門医

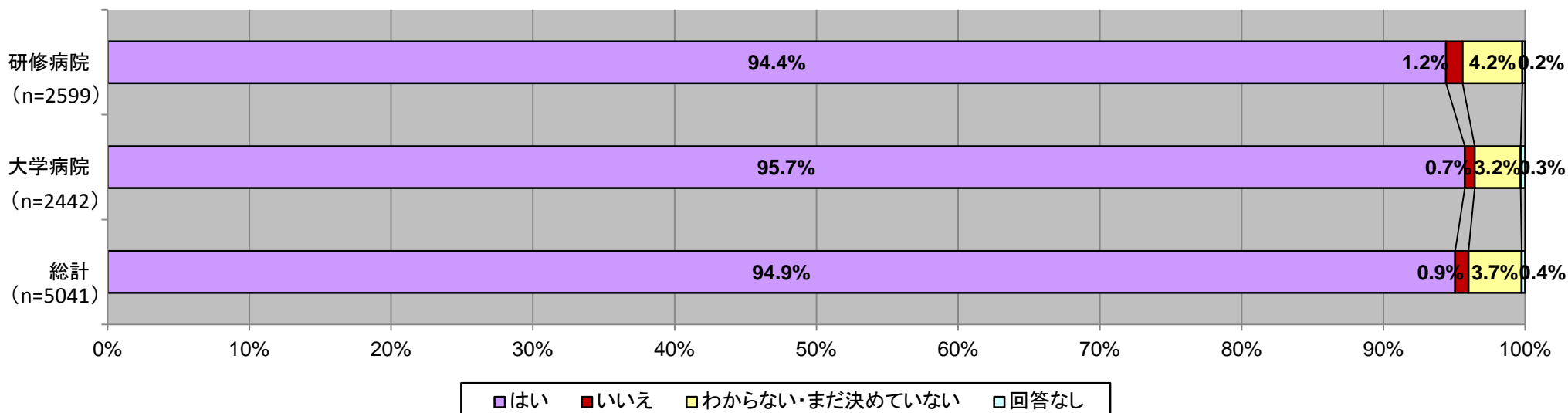
○日本リハビリテーション医学会 リハビリテーション科専門医
 ○日本老年医学会 老年病専門医
 ○日本胸部外科学会 心臓血管外科専門医
 ○日本血管外科学会 心臓血管外科専門医
 ○日本心臓血管外科学会 心臓血管外科専門医
 ○日本胸部外科学会 呼吸器外科専門医
 ○日本呼吸器外科学会 呼吸器外科専門医
 ○日本消化器内視鏡学会 消化器内視鏡専門医
 ○日本小児外科学会 小児外科専門医
 ○日本神経学会 神経内科専門医
 ○日本リウマチ学会 リウマチ専門医
 ○日本乳癌学会 乳腺専門医
 ○日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医
 ○日本東洋医学会 漢方専門医
 ○日本レーザー医学会 レーザー専門医
 ○日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医
 ○日本アレルギー学会 アレルギー専門医
 ○日本核医学会 核医学専門医
 ○日本気管食道科学会 気管食道科専門医
 ○日本大腸肛門病学会 大腸肛門病専門医
 ○日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医
 ○日本ペインクリニック学会 ペインクリニック専門医
 ○日本熱傷学会 熱傷専門医
 ○日本脳神経血管内治療学会 脳血管内治療専門医
 ○日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医
 ○日本周産期・新生児医学会 周産期(新生児)専門医
 ○日本生殖医学会 生殖医療専門医
 ○日本小児神経学会 小児神経専門医
 ○日本心療内科学会 心療内科専門医
 ○日本総合病院精神医学会 一般病院連携精神医学専門医

平成24年 学位、専門医資格の取得希望

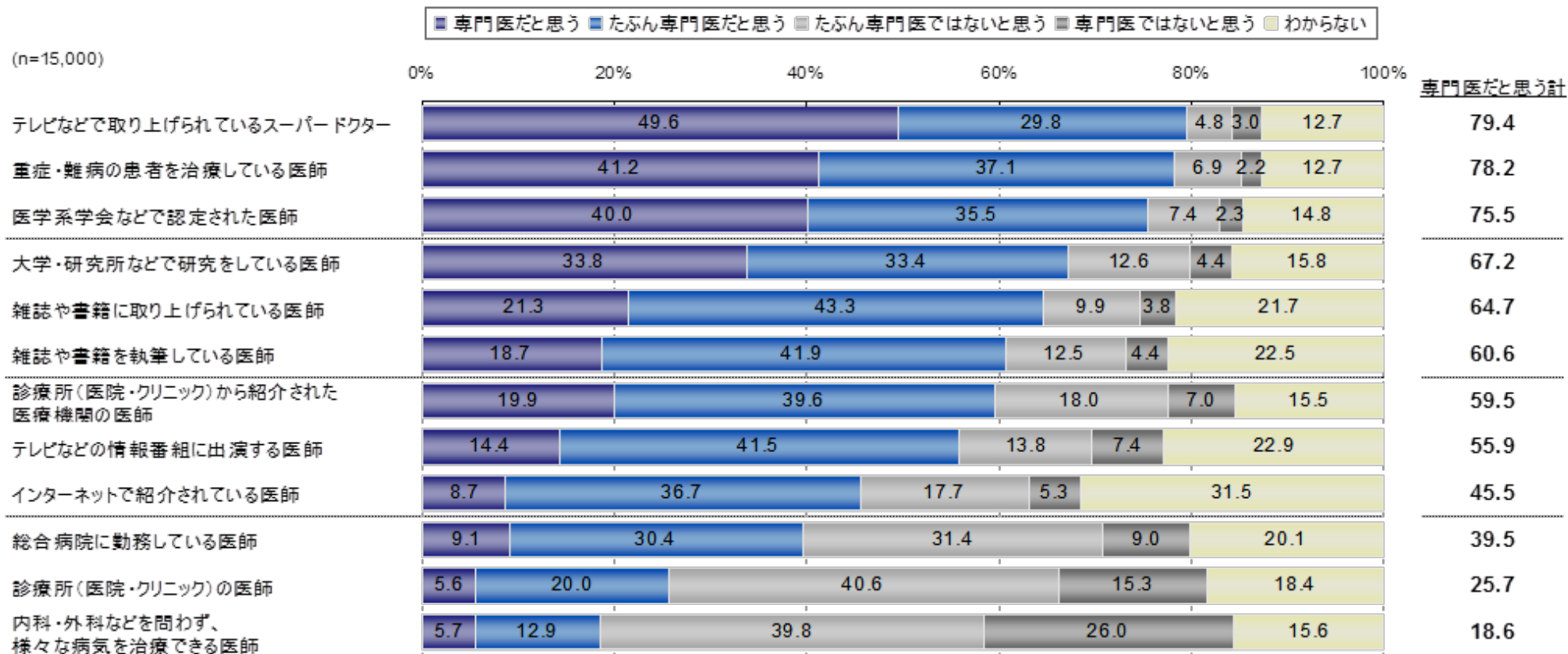
医学博士を取りたいと思いますか



専門医・認定医の資格を取りたいと思いますか



Q12 あなたは下記に挙げた医師を、『専門医』と思われますか。あなたのイメージで構いませんので、以下のそれぞれの医師についてあてはまるものをお答えください。

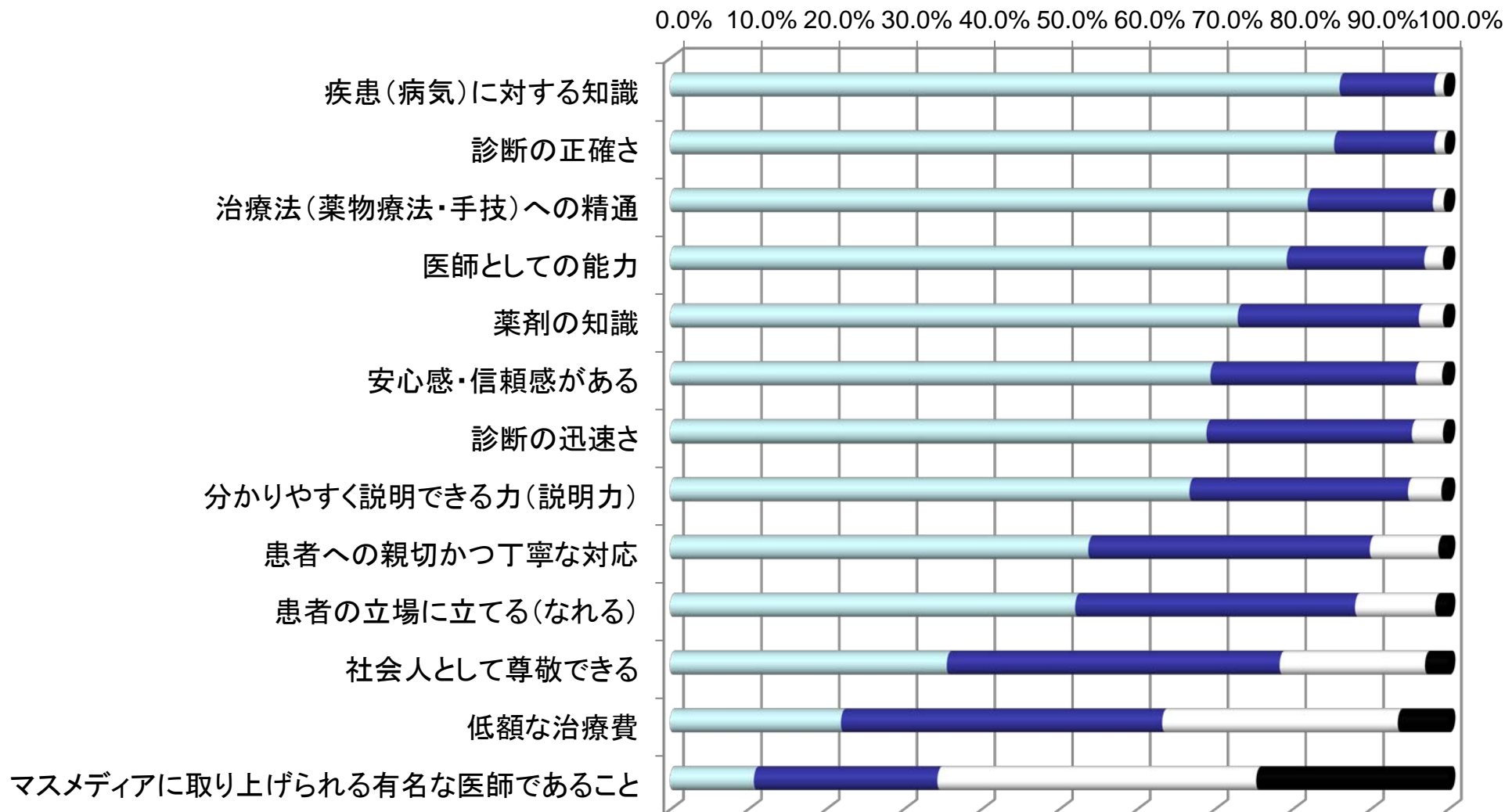


※「専門医だと思ふ計」の降順にソート

- 専門医をイメージさせる(専門医だと思ふ+たぶん)項目として、最も多く挙げられたのは、『テレビなどで取り上げられているスーパードクター』79%。以下、『重症・難病の患者を治療している医師』78%、『医学系学会などで認定された医師』76%、『大学・研究所などで研究をしている医師』67%が続く。
- 上位4項目は、「専門医だと思ふ」が「たぶん専門医だと思ふ」のスコアを上回っており、イメージの度合いが強い。

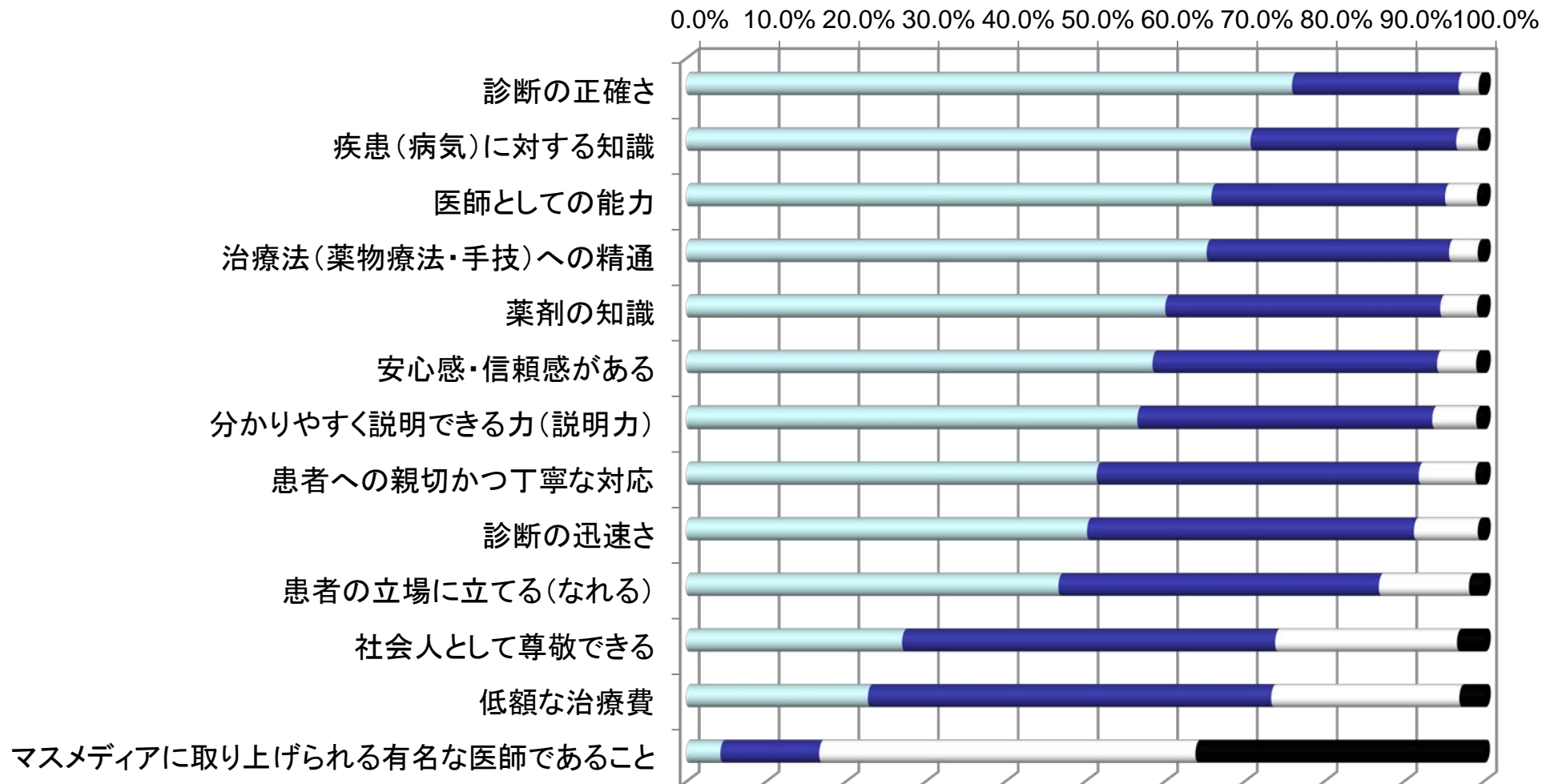
専門医に対しての期待度

■ 非常に期待する ■ やや期待する ■ あまり期待しない ■ 全く期待しない

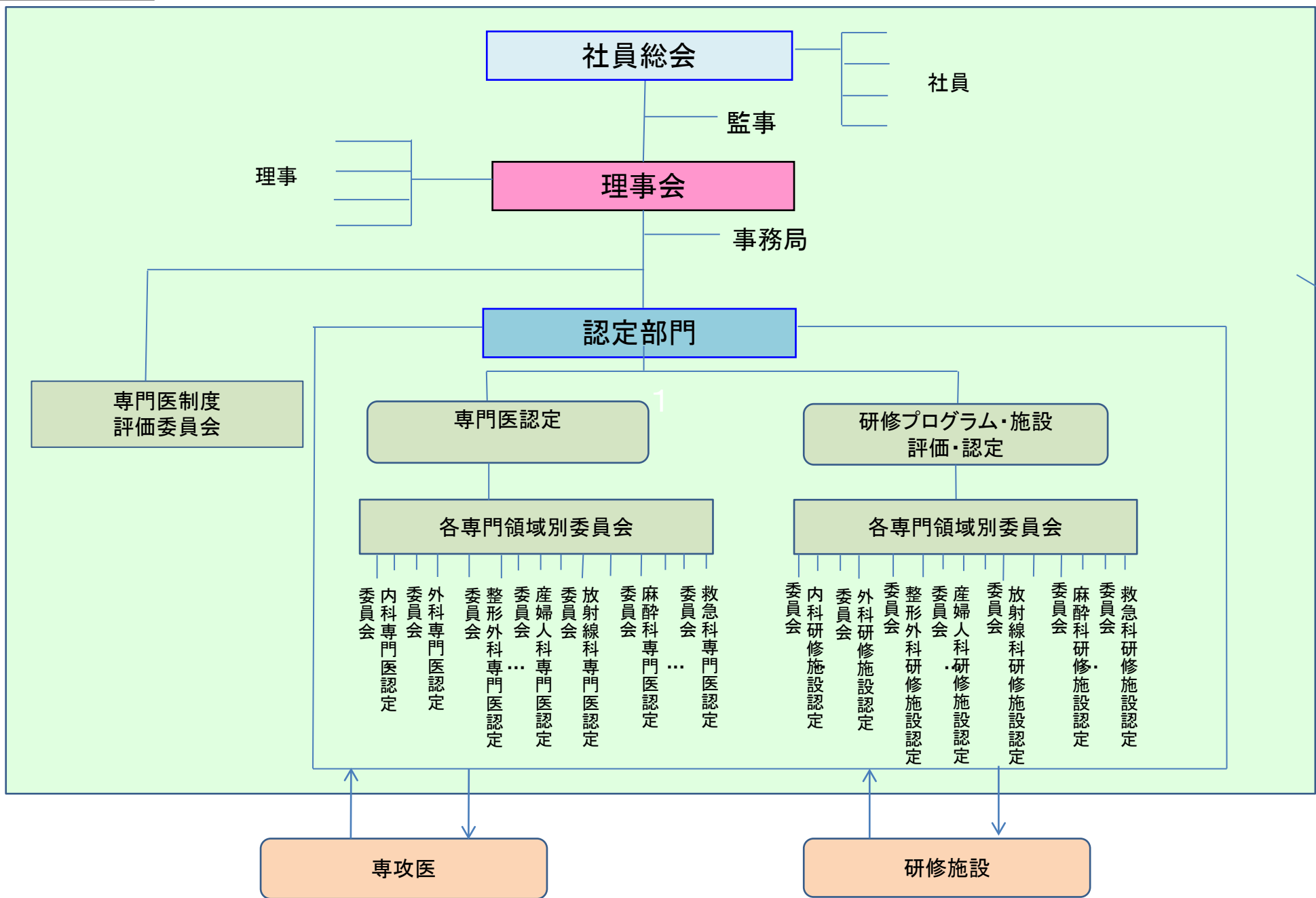


医療機関を受診する際の期待度

■非常に期待する ■やや期待する ■あまり期待しない ■全く期待しない



出典(社)日本専門医制評価・認定機構「専門医に関する意識調査」調査報告書



外部評価委員会

新たな専門医制度の基本設計

Subspecialty専門医

消化器・呼吸器・内分泌代謝・腎臓・アレルギー・
 老年病・循環器・血液・糖尿病・肝臓・感染症・
 神経内科・消化器外科・呼吸器外科・
 心臓血管外科・小児外科 等

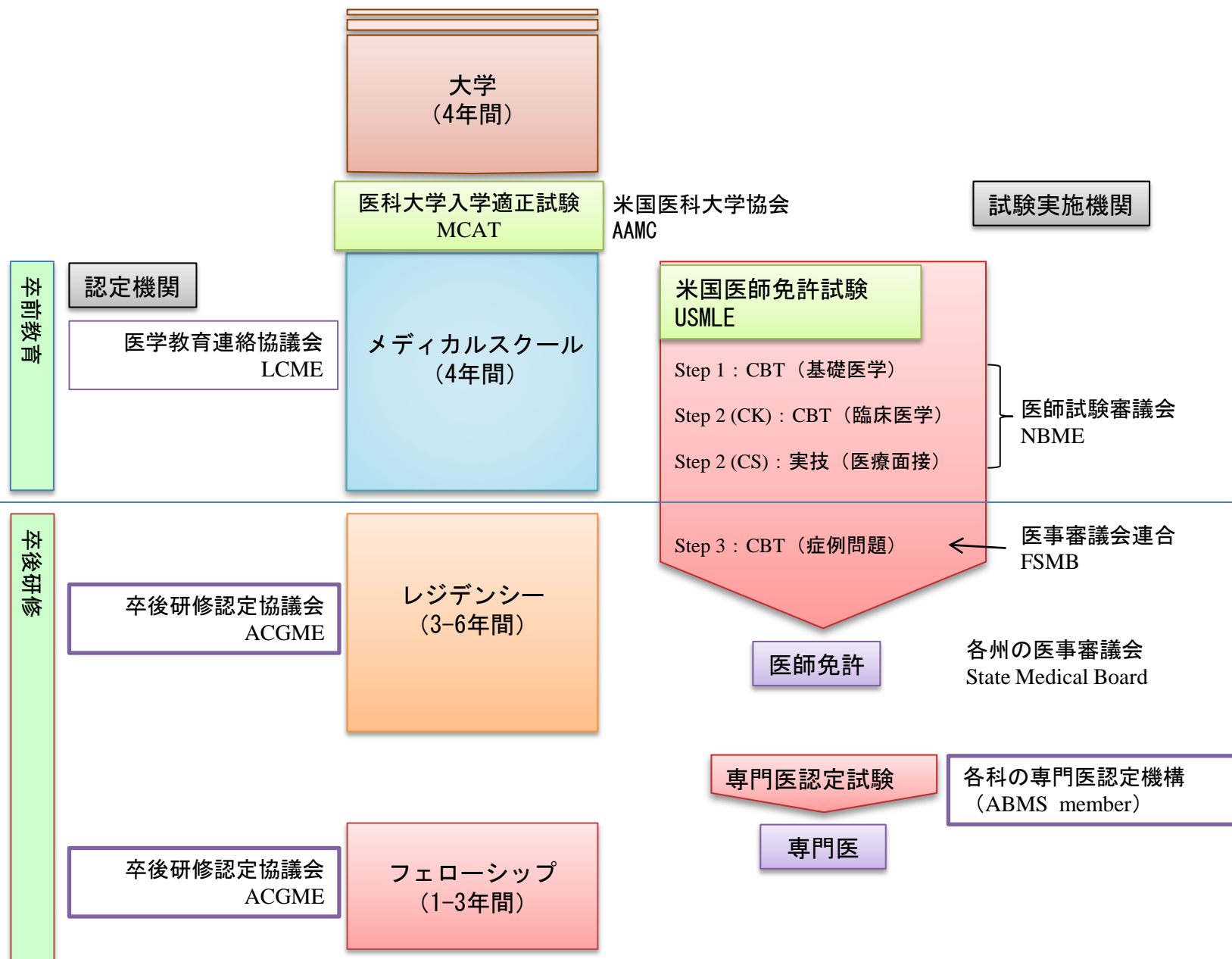
基本領域専門医

内科
 皮膚科
 外科
 産婦人科
 耳鼻咽喉科
 脳神経外科
 麻酔科
 小児科
 精神科
 整形外科
 眼科
 泌尿器科
 放射線科
 救急科
 リハビリテーション科
 形成外科
 病理
 臨床検査

総合診療科（仮）

項目	韓国	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
専門医の法的位置づけ	国家認定	民間の第三者組織	民間の第三者組織	州医師会、連邦医師会も関与	国の法律で決められている
実際の認定組織	1. 専門医試験: 大韓医師会 (KMA) 2. 専門医配置、病院評価・認定: 大韓病院協会 (KHA)	専門医制度と専門医の認定: ABMS (American Board of Medical Specialty) 研修施設とプログラムの評価・認定: ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education)	医療施設、専門診療科、医療の質の管理: National Health Service; NHS) 卒後研修教育(教育プログラムの認定と承認): Post graduate Medical Education and Training Board (研修プログラムの遂行): Local deaneryに一任。	州医師会: 専門医の研修病院、指導医、教育カリキュラムに関する認定、専門医の受験資格、試験、資格更新に関する認定の権限を有する	全国選抜試験 (ECN) 合格者の上位者から専門を選ぶ。外科系専門(5年)、内科系専門医(4年)、GP(3年)のいずれかになる。研修終了後、コンクール国家試験に合格し、国家免許と医師会への登録が必要。
組織運営のための経済的背景(財源)	学会、専門医試験受験料、会員費(個人、学会)、レジデントになるための試験手数料	ABMS: 国(研究費の形)、所属学会、専門医認定料(2008年の収入は約560万ドル) ACGME: 研修プログラム認定料(2008年の収入は約3,000万ドル、政府(Medicare)から、レジデントに給与として年間27億ドル、認定教育病院に対して年間57億ドル	General Medical Association (GME)が410ポンド(いずれも一人当たり)、各Royal Collegeが410ポンド、Certificate of Completion of Training (CCT)取得に対して医師の登録料850ポンドと国家補助金	医師会、専門医認定料、更新のための講演会など	国の事業(医学部4年目から支給される給与は病院から支給されるが、原資は社会保障費)
専門医配置の調整	行っていない	行っていない。経済的インセンティブを付与することによって対応しており、ある程度の効果を上げている。	GPの配置は国の基準で決められている。ポストは全国に満遍なく作られている。	保険医組合が遠隔地への医師誘導のインセンティブ。ベルリンのような都会では開業希望者が多いため、保険医組合が制限を設けている場合がある。	行っていない。

米国の医師養成システム～専門医までの道～



専門医制に関わる 組織、人、金の流れ

専門医制度の標準化
および評価と認定

ABMS
(アメリカ専門医評議会)

拠出金

各診療科の専門医認定機構
24団体

- ABGO
- ABDERM
- ABOto**
- ABP

American Board of Otolaryngology

各診療科の専門学会

AAOS, AAO-HSN

American Academy of Orthopaedic Surgeons

American Hospital Association

AHA

Association of American Medical Colleges

AAMC

AMA

American Medical Association

CMSS

Council of Medical Specialty Societies

ACGME
(卒後医学教育認定協議会)

診療科別

耳鼻咽喉科
RRC

〇〇科
RRC

〇〇科
RRC

プログラム申請

プログラム認定

Residency Review Committee

各教育病院
専門分野別

〇〇病院 耳鼻咽喉科
Residency Program

〇〇病院 〇〇科
Residency Program

〇〇病院 〇〇科
Residency Program

〇〇病院 〇〇科
Residency Program

専門医申請

認定料

レジデント

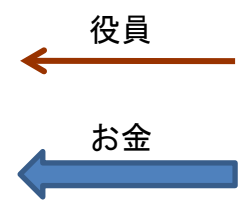
ACGME認定プログラムのレジデント (PGY-3まで) に対し年間総額27億ドル(2008)

Medicare

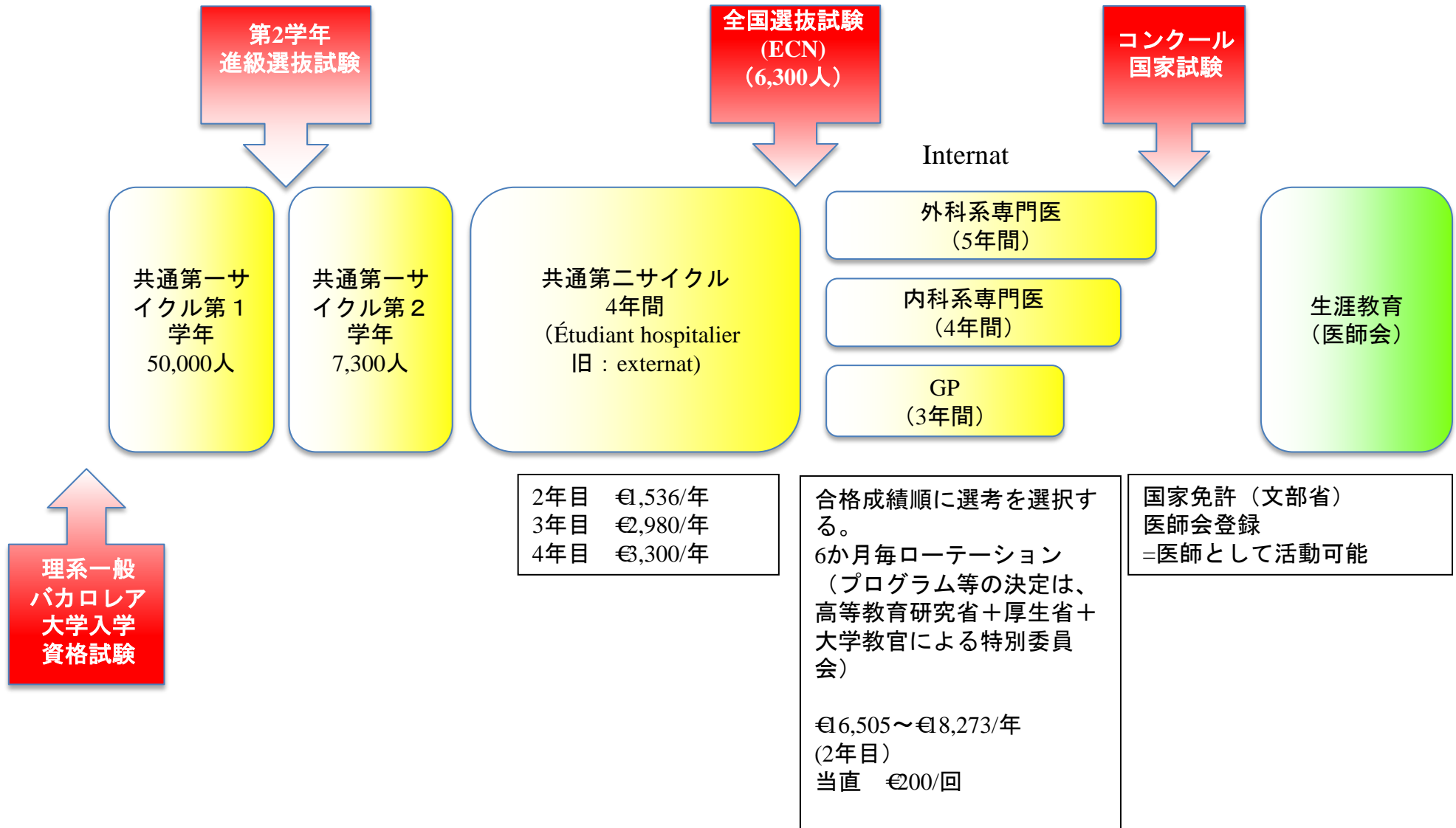
ACGME認定教育病院に対し年間総額57億ドル(2008)

研修施設・プログラムの評価と認定

認定料：1プログラム年間4千ドル
総計約2600万ドル(2007)



フランスの専門医制度



日本プライマリ・ケア連合学会専門医・認定医認定制度要綱

(目的)第1条

人々が健康な生活を営むことができるように、地域住民とのつながりを大切にした、継続的で包括的な保健・医療・福祉の実践及び学術活動を行える医師を学会として認定し、もって会員の資質向上とプライマリ・ケアの発展に寄与することを目的とする。

下記の能力を統合し、地域の診療所や中小病院で地域の第一線の医療を行うことができる。

家庭医を特徴付ける能力

- ・患者中心・家庭志向の医療を提供する能力
- ・包括的で継続的、かつ効率的な医療を提供する能力
- ・地域・コミュニティーをケアする能力

教育・研究



家庭医が持つ医学的な知識と技術

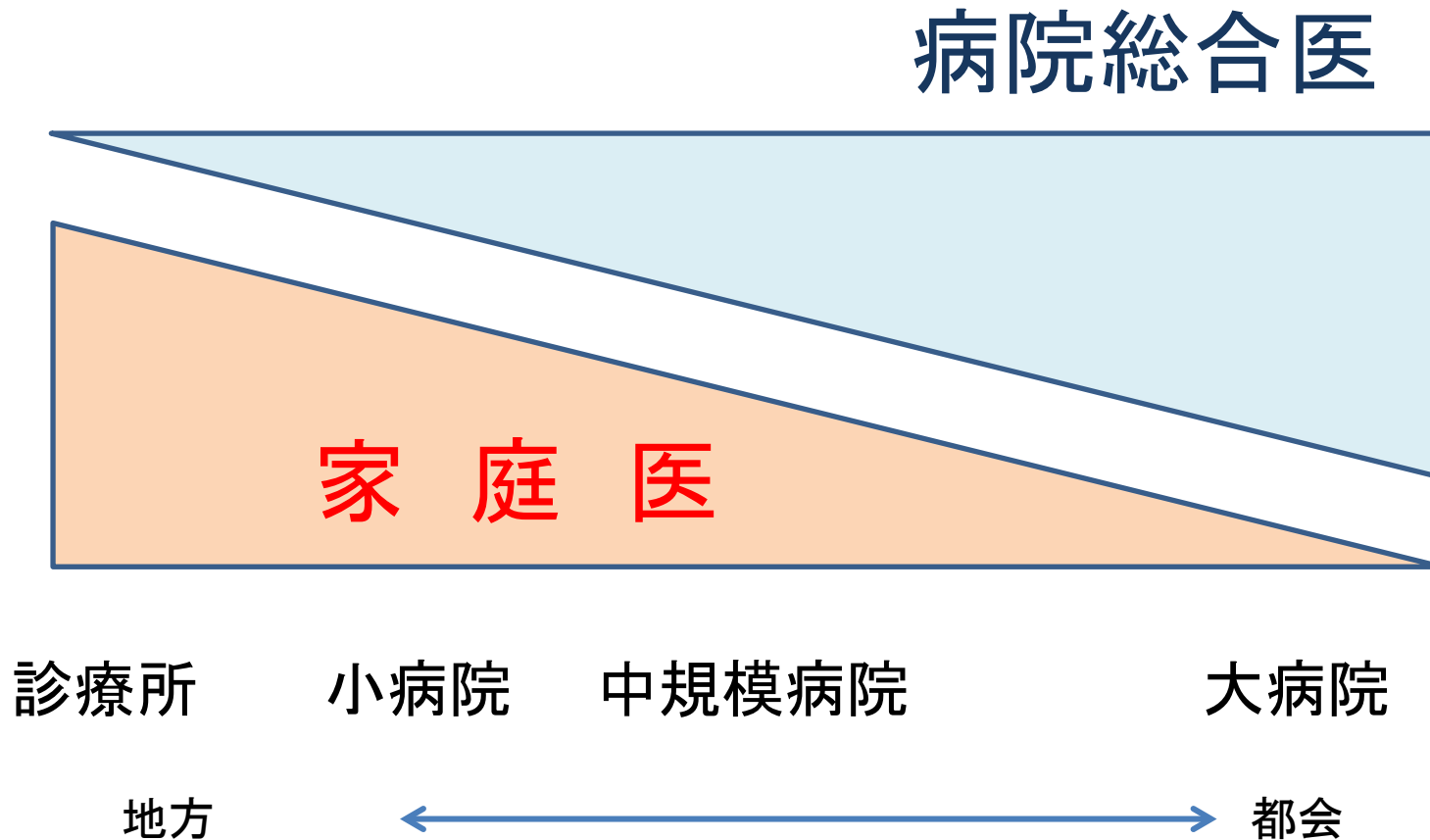
- ・健康増進と疾病予防
- ・幼小児・思春期のケア
- ・高齢者のケア
- ・終末期のケア
- ・女性の健康問題
- ・男性の健康問題
- ・リハビリテーション
- ・メンタルヘルス
- ・救急医療
- ・臓器別の問題

すべての医師が備える能力

- ・診療に関する一般的な能力と利用者とのコミュニケーション
- ・プロフェッショナリズム
- ・組織・制度・運営に関する能力

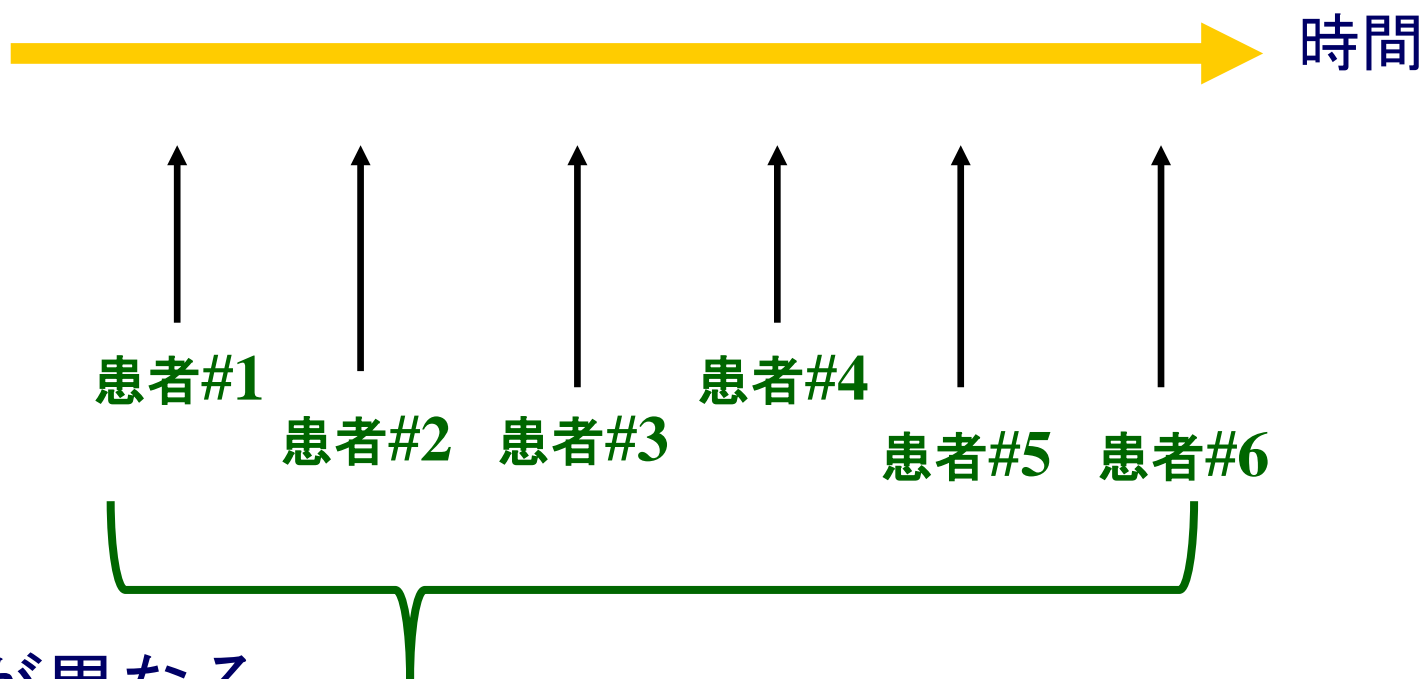
専門医制度の中で
基本領域（I群）をめざす

診療場所別担当範囲



臓器・疾患別専門医の診療

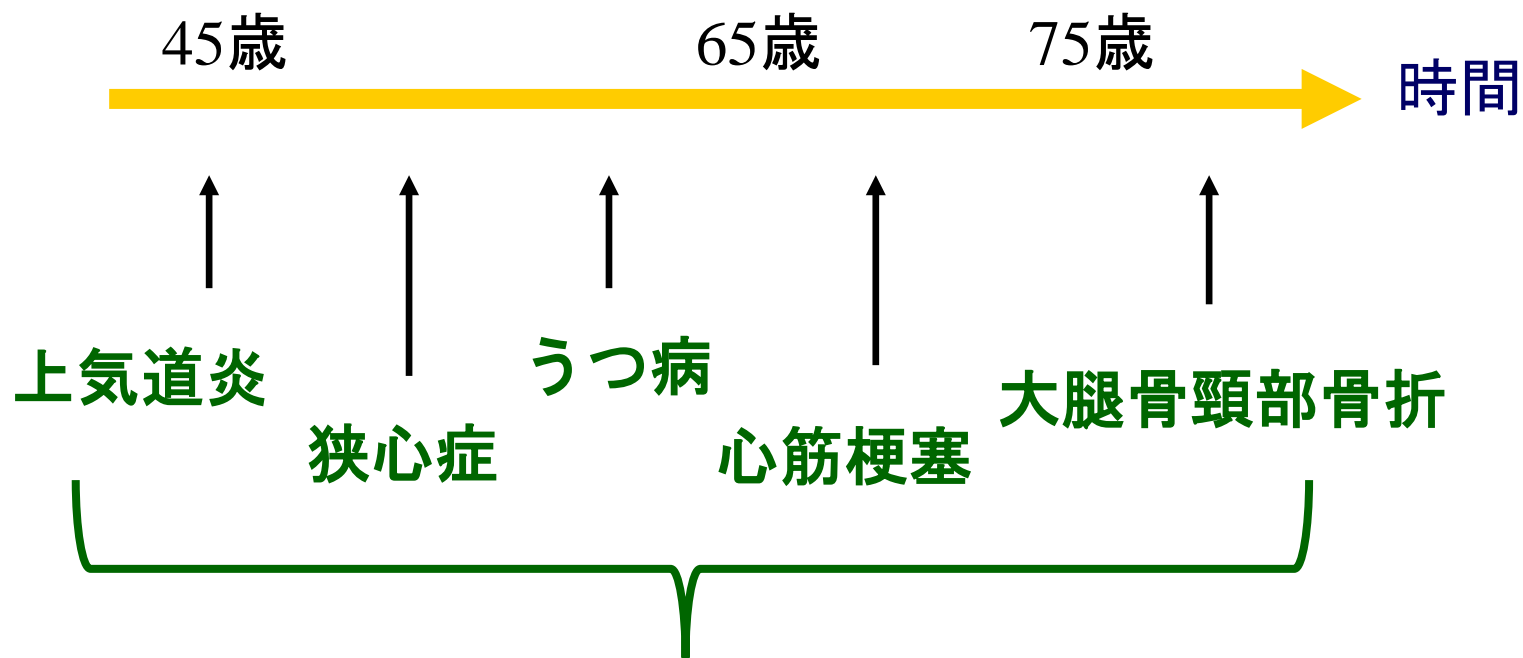
□扱う疾病は同じ



□患者が異なる

総合医の診療

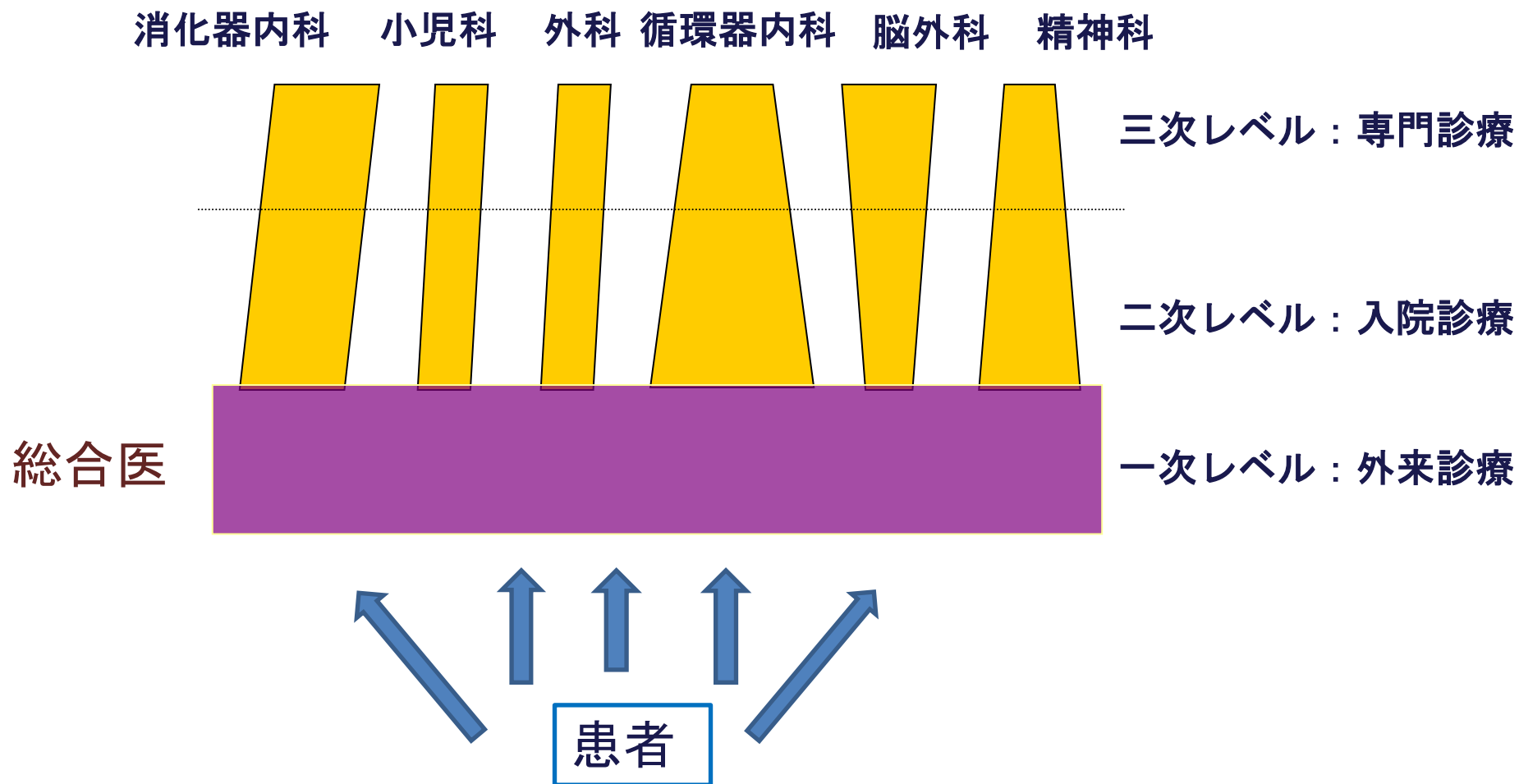
□患者は同じ



□診療する疾患が種々

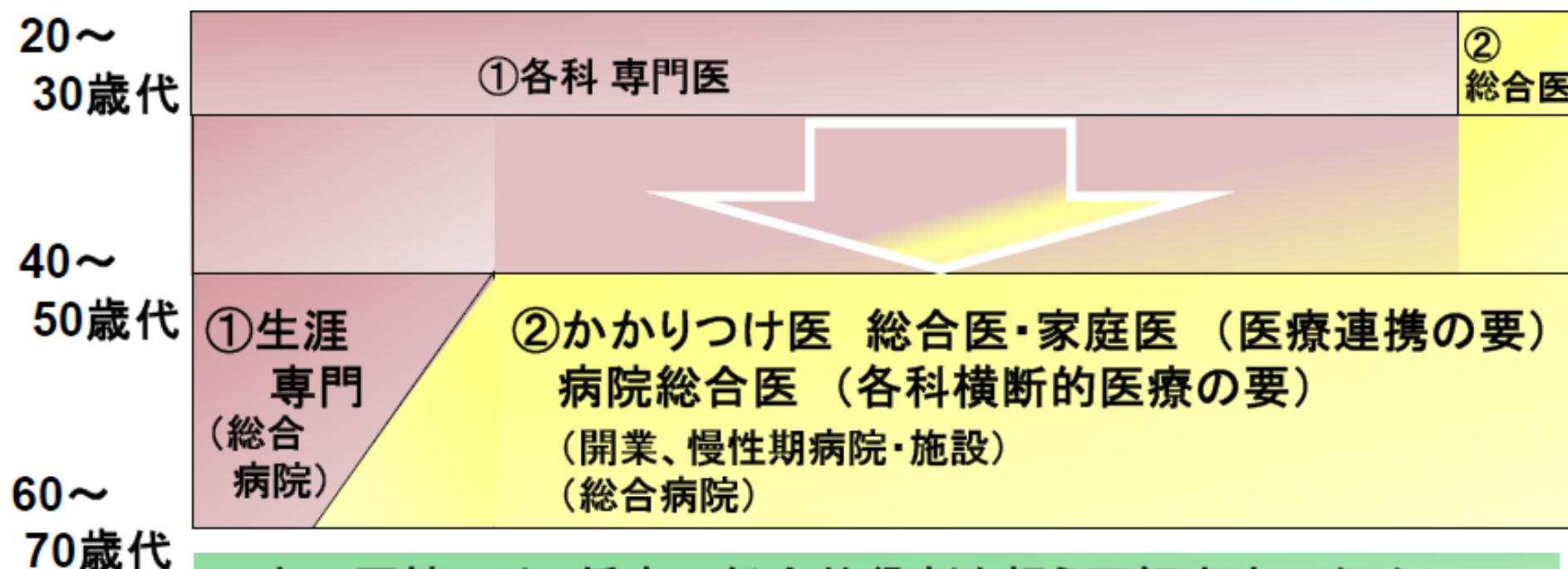
まず総合医を受診

—制度としてのアクセス制限なく—



総合力・教育力の連鎖が必要な医療の国情 3) 医師の役割の変化

日本では、ほとんどが当初、専門医となり、
その後、多くが50歳前後までに総合的役割に転じている。



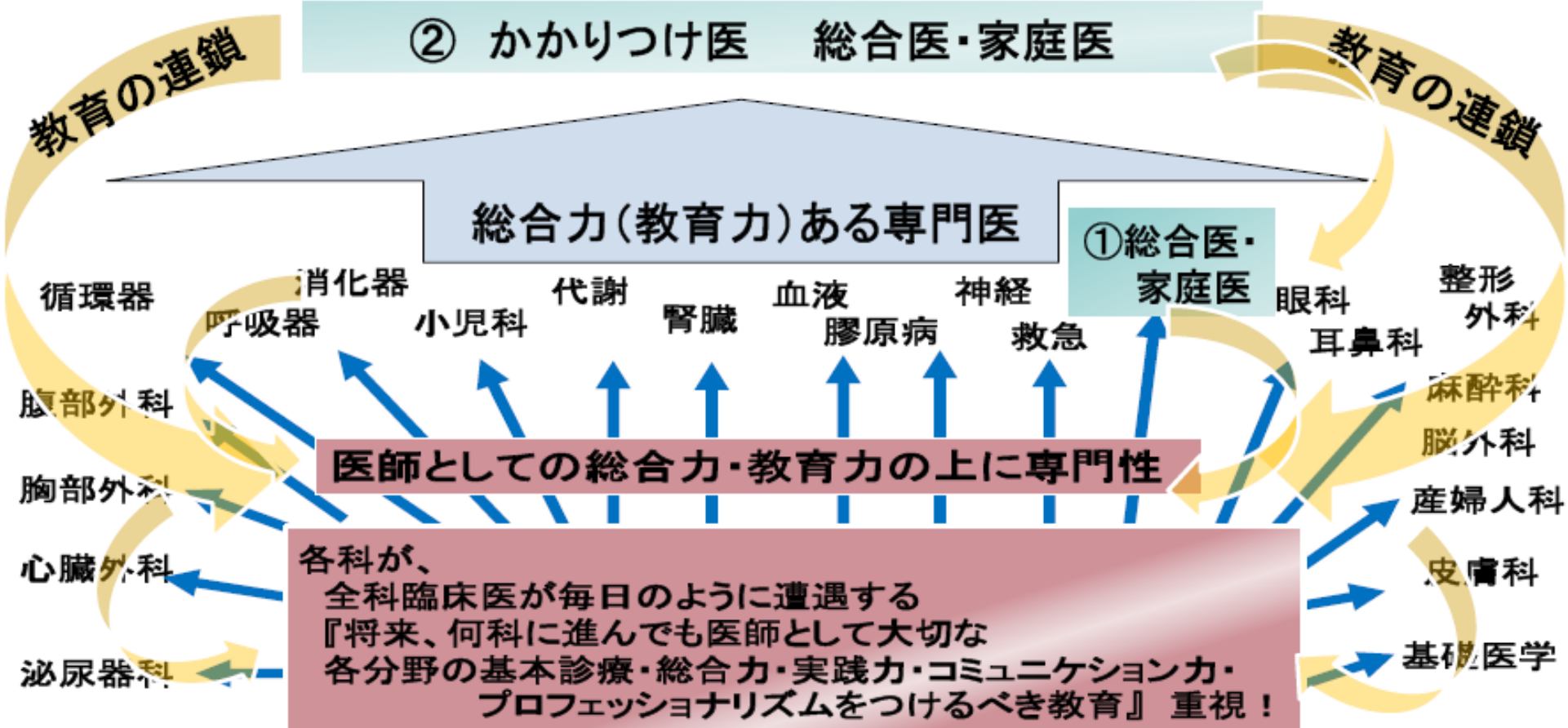
日本の国情では、将来の総合的役割を担う医師充実のために
『総合力のある専門医』育成も必要(教育体制からも)

①②の育成バランス重要。

すべての医学生～生涯教育 医師として当然の総合力重視必須。

地域医療の維持には ①②の2本立てが必要な日本の国情

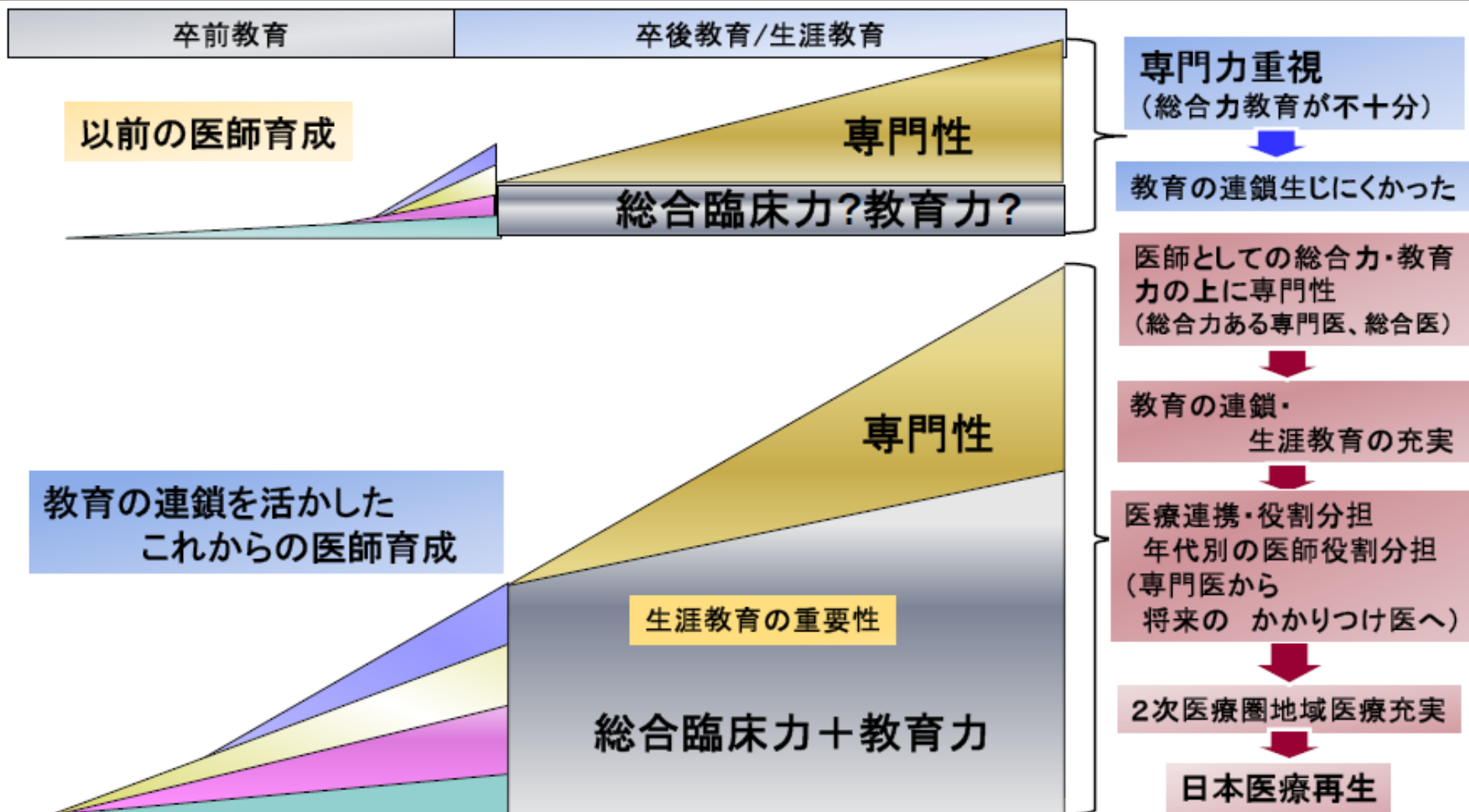
② かかりつけ医 総合医・家庭医



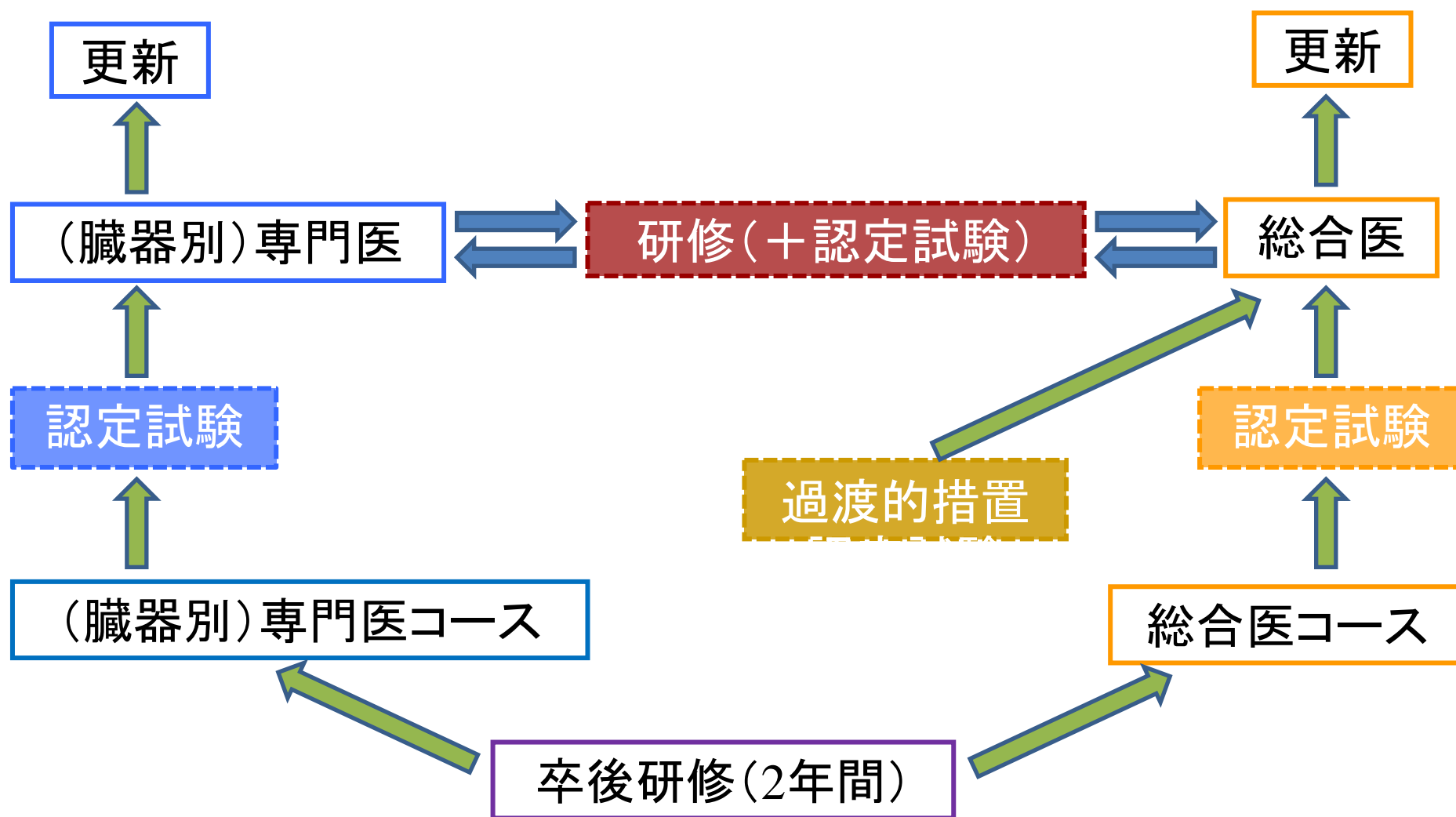
医学部 1年生～6年生～初期研修医の 8年間～生涯キャリア形成
大学基礎～臨床講座・県内の医療機関が同じ方向性で
症例・事例ベース、コミュニケーションベースの
ステップアップ統合教育・キャリア形成

『日本の国情・2次医療圏の実情』と

『初期研修制度で生じた教育の連鎖』を活かして
 これからの理想的医師育成教育～専門医制度改革のシームレスな展開を考える



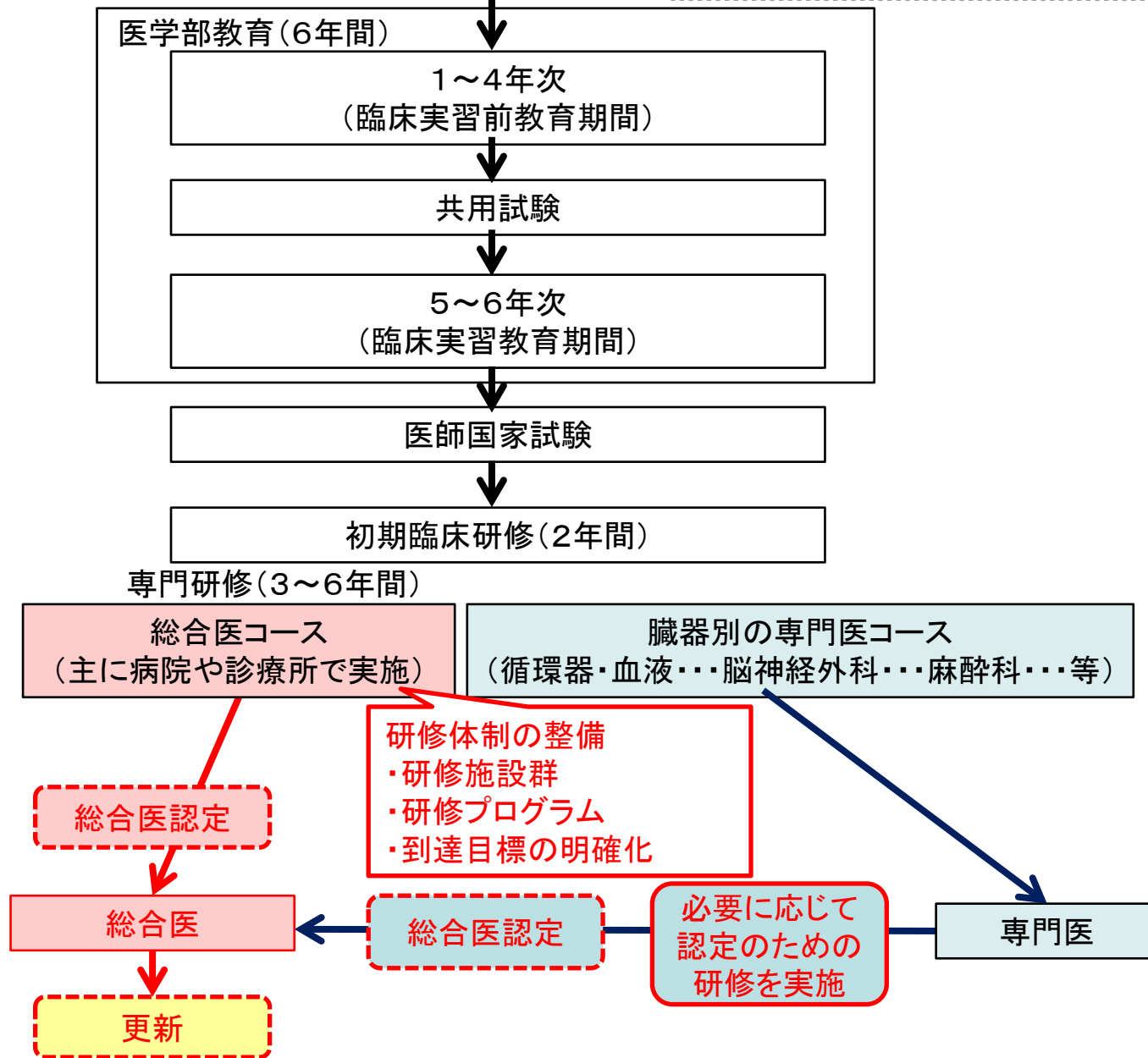
専門医制度(案)



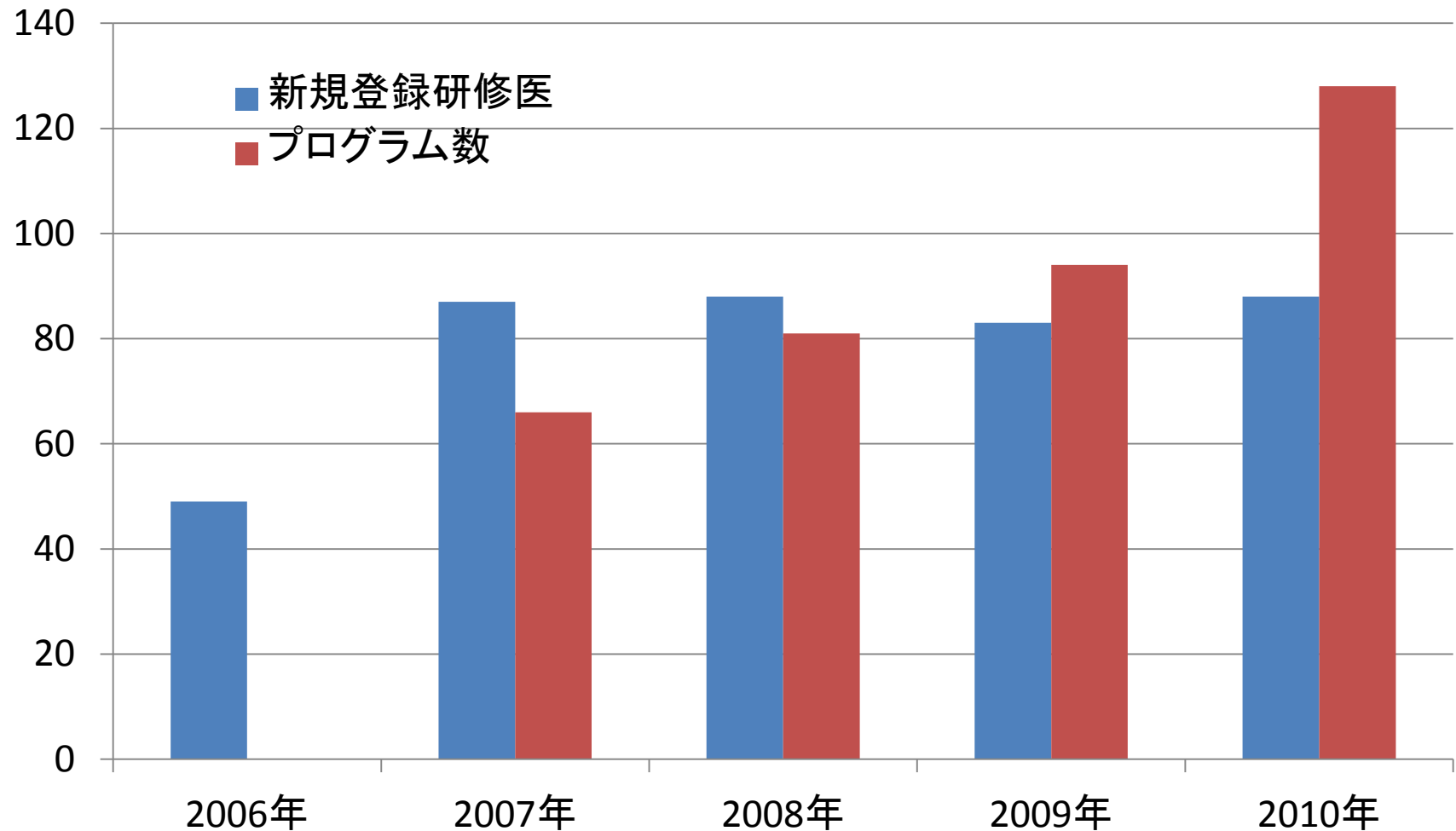
専門医としての総合医を
育成する教育・研修システム

高校卒業

総合医体制整備に関する研究会報告
平成22年 3月 国民健康保険中央会



プログラム数と新規登録研修医



第Ⅵ次日本医師会生涯教育推進委員会答申

委員長：橋本信也医療教育情報センター理事長
他都道府県医師会役員等委員11名

(答申14頁)

平成23年12月20日に会長答申のうえ、理事会報告。

これを踏まえて、都道府県医師会に意見を求めており、執行部において対応を協議中。

1. 「総合診療医（科）」、「総合医（科）」：用語についての共通理解

(答申1～2頁)

「総合診療科」、「総合診療医」とは

- そもそも「総合診療」という名称は、平成7年に特定機能病院を位置付けたときに広まった。
 - ・この時、大学病院は専門診療科別になり、従来のナンバー内科・ナンバー外科の名称を廃止し、**臓器別診療科**とした。
 - ・その際、いずれの診療科にも属さない、あるいは掛かるべき診療科が分からない患者を対象にして、「**総合診療部**」を設置した。
- しかし「総合診療」という名称は、それまでにも使われていた。
 - ・昭和51年、天理よろづ相談所病院は「**総合診療部**」を創設し、その後、多くの病院で設置されるようになった。
 - ・平成元年、「総合診療部」を有する全国の大学や中核病院の代表が集まり、「総合診療連絡協議会」を結成した。
これはその後、「**総合診療医学会**」となった。

- 一方、「プライマリ・ケア」という用語もある。

わが国の多くの医学辞典によると、プライマリケアは「総合診療」とほぼ同義語であるという。

平成22年、日本プライマリ・ケア学会、総合診療医学会、家庭医療学会は合併して、「日本プライマリ・ケア連合学会」となり、専門医制を創設した。

(答申3頁7行目)

- 「総合診療医」とは、近年、大学病院、地域の中核病院に開設されている「総合診療部」の医師に見る如く、主として従来の一般内科を中核として、精神科、皮膚科、小外科、眼科、耳鼻科、整形外科など周辺領域について広い領域にわたって基本的レベルの診療を行う医師を指す。

(答申2頁下から8行目)

「総合医」、「総合科」とは

(答申2頁5行目～)

- 一方、「総合医」、「総合科」という名称は、わが国の医学関係の辞書には記載がない。
従ってその定義は曖昧であり、人によって様々に使用している。
- この用語が有名になったのは、平成19年5月、厚労省医道審議会医道分科会・診療科名標榜部会で、「総合科」という医療法上の診療科名を提唱したことに端を発する。
ここでは国の個別審査により「総合医」の資格を付与しようというのである。

このあと、平成20年、国保中央会が「地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究会報告書」において、「総合医」を用いてさらに混乱を招いた。

- その後、厚労省の「専門医の在り方に関する検討会」や、国保中央会が中心となって「総合医を育て地域住民の安心を守る会」などが設立され、総合医の地域医療に必要な役割を主張しているが、そこでの議論は「総合医」と「総合診療医」を区別していない。

- このように「総合医」という名称は、概念も明確にされないままに
独り歩きをしてきた。
そこで本委員会では、その混乱を整理するために検討を行った。
- その結果、「日常診療の他に、保健・福祉・地域の医療行政などを含む
様々な医療活動に従事する医師」を「総合医」と定義した。

それは診療科の種類や就業形態を問わず、どの医師であっても
「総合医」になる可能性をもつ。

それはとりもなおさず、従来から 日医が言う「かかりつけ医」に
相当するものである。

(答申2頁17行目～)

- 臓器に偏らず、幅広い領域を総合的に診療するというのであれば、
それは「総合診療医」である。
先にも述べたように「総合診療」は既に存在しており、専門医制も
施行されている。

(答申2頁下から8行目～)

『総合内科指導医派遣』

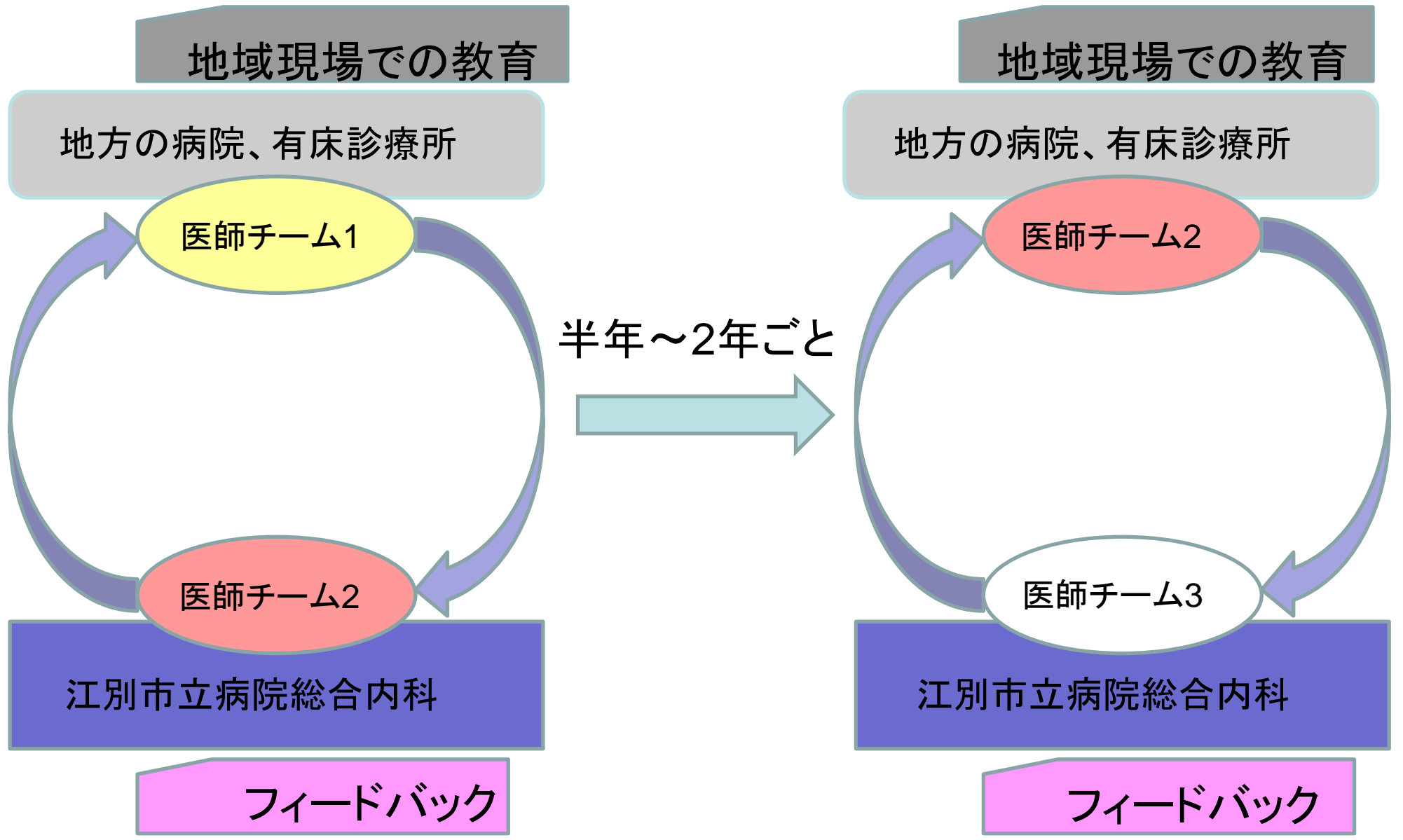
総合内科指導医の派遣を希望する病院へ指導医を派遣しサポート。総合内科の研修教育環境を現場で作り出し、臓器別専門医と協働する総合内科診療で現場需要に応え、さらに研修医が集まる魅力ある病院へ。

『総合内科チーム派遣』

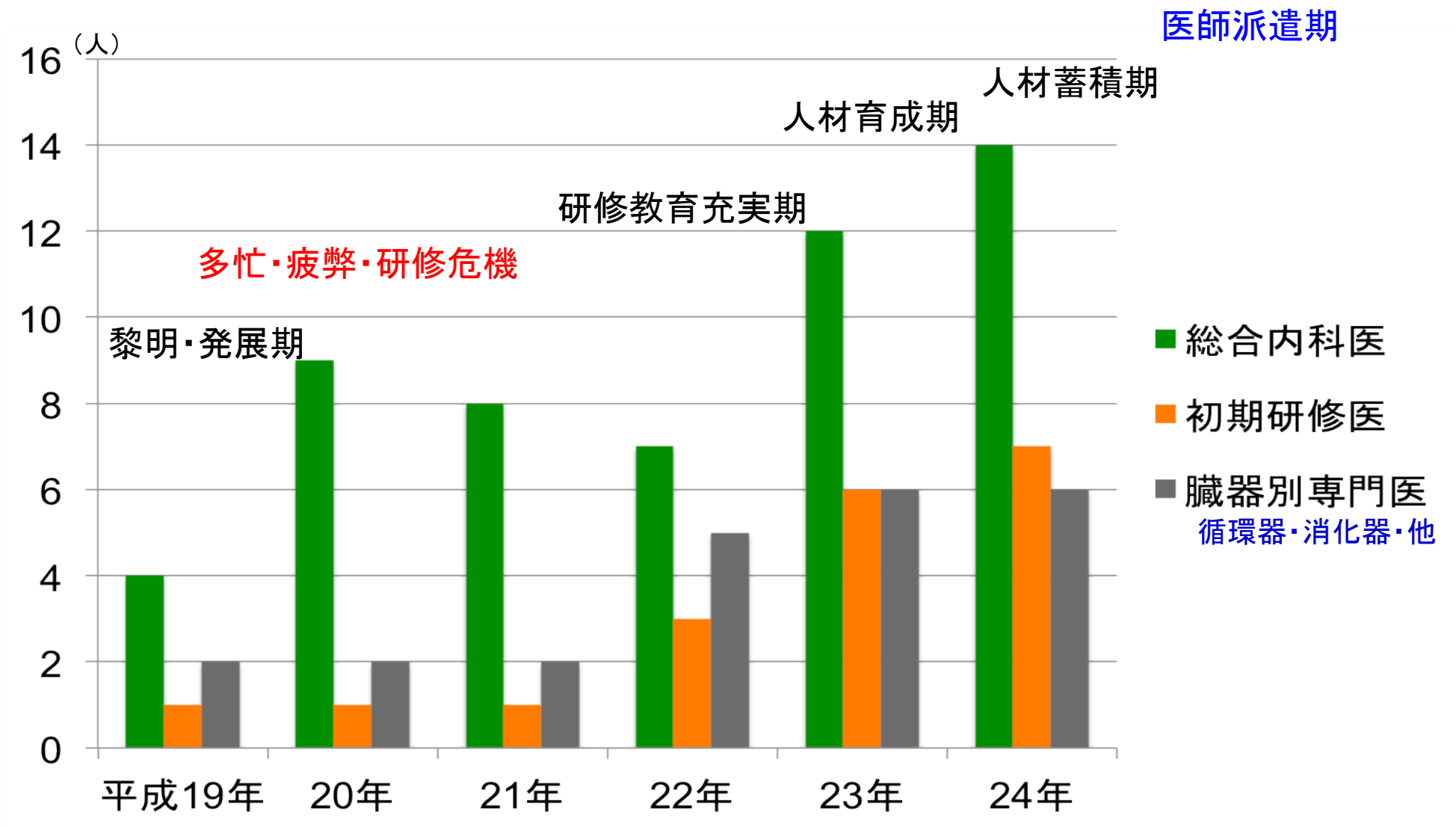
若手医師を中心とした指導医・中堅医・研修医からなる総合内科医チームを地方派遣。
循環型システムで地方と総合医養成病院を循環研修教育環境を現地で創出。

5-②

地域、特に僻地と江別市立病院の医師チームの循環システム



江別市立病院内科医師数



(当院で研修後地域医療に従事した医師数 6名)

市民が知りたいこと

- 今後(たとえば10年後、20年後)、
高齢者を総合的に診療し、看取りまでできる医師が、
いったい何人必要になるのでしょうか
- そうした医師を地域に偏りがないように配置するため
には、どのようにしたらよいのでしょうか
- そのような医師に「めぐり合う」ための情報を、患者は
どのように得たらよいのでしょうか

<課題・背景>

(1)ECFMGからの通告により、米国の医師国家試験を受験するには、世界基準の認証を受ける必要

(2)日本の臨床実習は時間数の確保や診療参加型実習が十分ではない

(3)医師国家試験が知識中心であり、医学部6年次後半が予備校化

(4)初期臨床研修と卒前実習の内容の重複が多い

(5)医師の臨床志向により基礎研究医が減少

(6)地域医療崩壊による大学の医療支援に対する要望

(7)地域からの総合診療医の養成に関する要望

<医学教育の改革>

①真の診療参加型臨床実習の実施
・時間数の確保
・内容の充実

②CBT、OSCEの合格基準の統一

③Advanced OSCE(卒業時OSCE)の実施

<基礎研究医の養成>

④卒前からの研究室配属

④MD-Ph.Dコースの促進

④卒前・卒後一貫の研究医養成コース等の設置

④学生に対する経済的支援

<地域医療支援システムの構築>

⑤大学と地域医療機関の連携による地域医療支援

⑥総合診療医の養成

<効果>

グローバルスタンダードへの対応による世界基準の認証評価取得

大学自らの能力評価を通じた医師国家試験の合理化

卒前実習の充実による基本診療能力向上に基づく初期臨床研修の充実

将来の医療の進歩を担う基礎研究医の養成

大学と地域医療機関の連携による優れた総合診療医の養成

<達成目標>

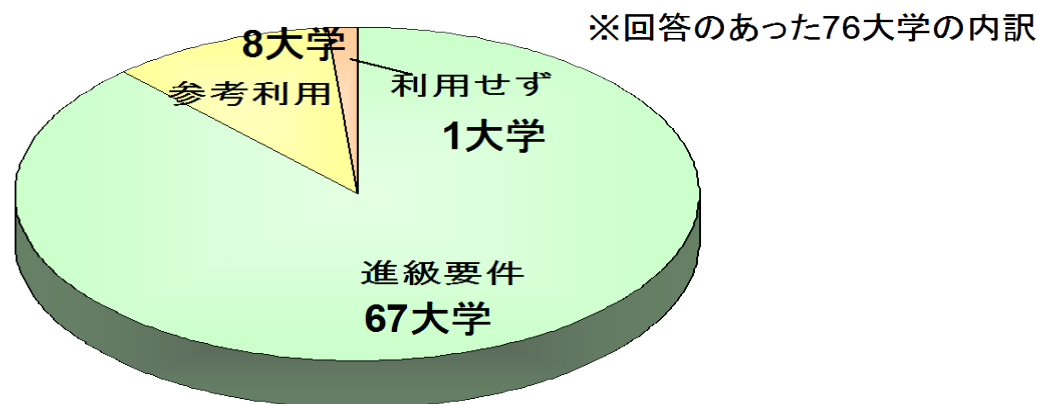
グローバルスタンダードを超える医師の養成

優れた研究医の確保

地域が求める医療人の養成

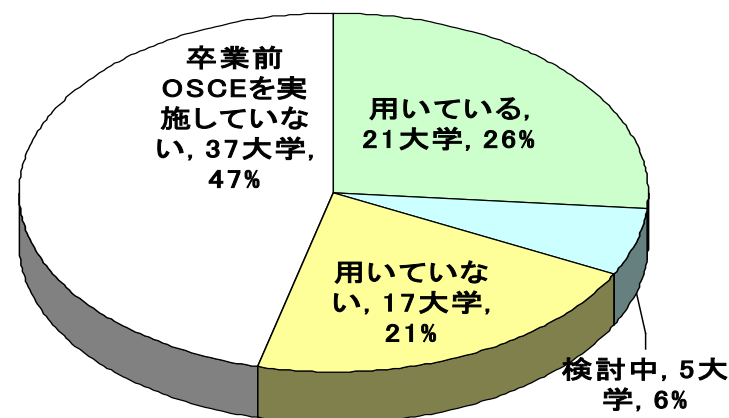
- ・大半の大学において共用試験を進級要件として利用しているが、合格基準は大学により異なることが課題。
- ・半数以上の大学が卒業前にOSCE(臨床能力を試す実技試験)を行っており、全体の1/4程度が卒業認定に用いている。

◆共用試験(CBT試験)の進級要件としての利用



文部科学省平成21年度医学・歯学教育指導者ワークショップアンケートより

◆卒業前OSCEの卒業認定への利用



「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」(全国医学部長病院長会議)より

共用試験

臨床実習開始前の学生の態度、技能、知識を評価するための試験。(社)医療系大学間共用試験実施評価機構が実施。

CBT(Computer Based Test)

コンピュータにより問題が出題される、共用試験の形態。出題は全大学共通だが、正当率の合格基準は、各大学がそれぞれ判断する。

OSCE(Objective Structured Clinical Examination;オスキー)

模擬患者を相手に医療面接や身体診断等を行い、臨床能力を試す実技試験。臨床実習前の共用試験においては(社)医療系大学間共用試験実施評価機構がOSCEを実施。臨床実習終了時又は卒業時のOSCEは各大学において実施している。



臨床研修制度に関する経緯

○昭和23年 インターン制度を開始(国家試験の受験資格を得るために必要な課程)

(当時の問題点) インターン生の身分・処遇が不明確、指導体制が不十分

○昭和43年 臨床研修制度創設(医師免許取得後2年以上の努力義務)

【指摘されていた問題点】

1. 専門医志向のストレート研修中心で、研修プログラムが不明確
2. 受入病院の指導体制が不十分
3. 身分・処遇が不明確で、アルバイトによって生計を維持せざるをえない など

○平成16年 新制度の施行(平成12年医師法改正(臨床研修の必修化))



臨床研修制度のあり方等に関する検討会、医道審議会において制度の見直しを検討(平成20年9月～)

【指摘された問題点】

1. 専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる
2. 受入病院の指導体制等に格差が生じている
3. 大学病院の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化
4. 募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中

○平成21年 臨床研修制度の見直し(新基準は平成22年度の研修から適用)

(平成22年度の研修から適用)

1 見直しの趣旨

臨床研修制度の基本理念の下で臨床研修の質の向上を図るとともに医師不足への対応を行う。

※基本理念…医師としての人格のかん養と基本的な診療能力の修得

2 見直しの内容

(1) 研修プログラムの弾力化

- ・必修の診療科は内科、救急、地域医療とする。 ※従来は、内科、外科など7診療科が必修。
- ・外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択必修科目とする(2科目を選択して研修を行う)。
- ・一定規模以上の病院には、産科・小児科の研修プログラムを義務付ける。

(2) 基幹型臨床研修病院の指定基準の強化

- ・新規入院患者数、救急医療の提供などについて、基準を強化する。
- ・新基準を満たさなくなる病院は、研修医の受入実績等を考慮し指定の取り消しを行うか否かを決める。

(3) 研修医の募集定員の見直し

- ・都道府県別に募集定員の上限を設定する。
- ・病院の募集定員は、研修医の受入実績や医師派遣等の実績を踏まえ設定する。
- ・募集定員が大幅に削減されないように、前年度採用内定者数(マッチ者数)を勘案して激変緩和措置を行う。

医師臨床研修の評価に関するワーキンググループ

【主旨】

次回の制度見直しに向けて、臨床研修の実施状況や地域医療への影響などに関する実態を把握し、論点を整理

【主な検討項目】

①臨床研修制度の運用状況に関する事項

(研修医の基本的診療能力、受入病院の指導・管理体制、研修プログラム等)

②臨床研修制度の導入による影響に関する事項

(研修医のキャリア形成、地域医療に与えた影響等)

③臨床研修制度の全体的な評価に関する事項

【構成員】

大滝 純司	北海道大学教授	神野 正博	社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長
岡留健 一郎	済生会福岡総合病院長	小森 貴	日本医師会常任理事
岡部 繁男	東京大学教授	田中 雄二郎	東京医科歯科大学附属病院副病院長
岡村 吉隆	和歌山県立医科大学附属病院長	○堀田 知光	独立行政法人国立がん研究センター理事長
片岡 仁美	岡山大学教授	横田 昇平	京都府健康福祉部医療専門監

○は座長

(五十音順)

【スケジュール】

平成23年7月	第1回ワーキンググループを開催
平成24年中	制度見直しに向けた論点の取りまとめを行い、臨床研修部会に報告
平成25年度中	臨床研修部会において、総合的な評価を行い、制度全般の見直しを実施
平成26年度	平成27年度開始の研修医を募集
平成27年度	見直し後の制度の下で研修開始